



Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Behandlungsmotivation bei substanzabhängigen Personen im Programm „Therapie statt Strafe“

Therapy Motivation of Drug Dependence in Quasi-Compulsory Treatment

Verfasserin

Sabine Leeb

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2011

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

BetreuerInnen: O. Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner

Inhaltsverzeichnis

<i>Einleitung</i>	11
<i>1. Psychotrope Substanzen und Substanzabhängigkeit</i>	13
<i>1.1. Begriffsbestimmung „psychotrope Substanzen“</i>	13
<i>1.2. Diagnose Abhängigkeit</i>	14
<i>1.3. Ätiologie der Abhängigkeit</i>	15
<i>Biopsychosoziales Rahmenmodell</i>	15
<i>2. Therapiemotivation</i>	17
<i>2.1. Konsistenztheorie von Grawe</i>	18
<i>2.2. Therapiemotivation als Prozess</i>	18
<i>2.3. Das Transtheoretische Modell der Veränderung</i>	20
<i>2.4. Emotionen und Therapiemotivation</i>	22
<i>3. Behandlungssysteme für Drogenabhängige</i>	27
<i>3.1. Entwicklung des Behandlungssystems für Drogenabhängige in Österreich</i>	27
<i>3.2. Ambulante Psychotherapie</i>	27
<i>3.3. Behandlung von straffälligen Suchtklienten</i>	28
<i>3.4. Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Suchtgiftmissbrauch</i>	29
<i>3.5. Therapiemotivation bei straffälligen Suchtklienten</i>	31
<i>4. Fragestellungen</i>	35
<i>4.1. Forschungsfrage 1: Annäherungs- bzw. Vermeidungsmotivation</i>	35
<i>4.2. Forschungsfrage 2: Veränderungsstadien</i>	35
<i>4.3. Forschungsfrage 3: Die emotionale Befindlichkeit</i>	36
<i>4.4. Klinische Relevanz der Untersuchung</i>	36
<i>5. Methode</i>	37
<i>5.1. Beschreibung der Stichprobe</i>	37
<i>5.2. Einschlusskriterien</i>	37

5.3. Ausschlusskriterien	37
5.4. Studiendesign.....	37
5.5. Erhebungsinstrumente	38
Soziodemographische Daten (Anamnesefragebogen des Verein Pass).....	38
FAMOS - Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata.....	38
Veränderungsstadienskala	39
Emotionalitätsinventar EMI als Befindlichkeitsmaß.....	40
6. Hypothesen.....	43
7. Auswertung	47
7.1. Verfahren zur Überprüfung der Voraussetzungen	47
Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest.....	47
Levene-Test	47
Box-M-Test	47
7.2. Verfahren zur Überprüfung der Hypothesen	48
t – Test für unabhängige Stichproben	48
Univariate ANOVA.....	48
MANCOVA	48
7.3. Soziodemographische Daten	48
7.4. Motivationale Schemata.....	54
7.5. Veränderungsstadien.....	55
7.6. Emotionalität als Befindlichkeitsmaß.....	58
8. Diskussion.....	61
8.1. Interpretation der Ergebnisse	61
8.2. Kritik und Forschungsausblick.....	66
Zusammenfassung.....	67
Abstract (Deutsch)	69

<i>Abstract (Englisch)</i>	69
<i>Literatur</i>	71
<i>Anhang</i>	77
<i>Abbildungsverzeichnis</i>	77
<i>Tabellenverzeichnis</i>	79

„Der Weg entsteht beim Gehen“ (Taoistische Weisheit)

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei meiner Diplomarbeitsbetreuerin O. Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner bedanken, die mir die Möglichkeit gab, meine Diplomarbeit unter ihrer Leitung und Betreuung, an der Universität Wien, am Institut für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie, zu verfassen. Weiters bedanke ich mich herzlichst bei Frau Mag. Julia McElheney, die für die Betreuung meiner Diplomarbeit im engeren Sinne verantwortlich war. Durch ihre freundliche und kompetente Kooperation ist sie mir bei Fragen und Anliegen stets rasch und helfend zur Seite gestanden.

Besonderer Dank gilt auch dem Vorstand des Verein P.A.S.S. (Frau Mag. Dorothea Stella-Kaiser, Geschäftsführer Herr Hans Dlouhy, Herr DSA Michael Schmalhofer, Herr Bernhard Thosold), der mir die Durchführung der Datenerhebung im gemeinnützigen Verein ermöglichte. Ebenso gilt mein herzlichster Dank Herrn Gottfried Bures, der als Lebens- und Sozialberater die Vorbetreuungsgruppe des Verein P.A.S.S. leitete, in der ich meine Fragebögen den Klienten vorlegen durfte. Mein weiterer Dank gilt allen Psychotherapeuten des Verein P.A.S.S., für ihre Zusammenarbeit. An dieser Stelle möchte ich mich besonders bei allen Klienten des Verein P.A.S.S. bedanken, die an meiner Diplomarbeit teilgenommen haben. Für die weitere Zukunft wünsche ich ihnen alles Gute.

Ich danke meiner Familie, insbesondere meinen Eltern und meinen Großeltern, für die emotionale und finanzielle Unterstützung während meines Studiums und besonders während der Diplomarbeitsphase.

Danken möchte ich außerdem allen Freunden, die mir mit emotionaler und fachlicher Unterstützung bei der Verfassung meiner Diplomarbeit zur Seite gestanden haben und bei der sowie den Korrekturarbeiten geholfen haben. Ebenso bedanke ich mich bei Frau Marianne Zwettler, die eine Folgestudie meiner Diplomarbeit verfassen wird. Durch die Zusammenarbeit sind viele Ideen und Verbesserungsvorschläge entstanden. Zuletzt bedanke ich mich bei allen Kollegen des Forensik-Forschungsbereich der Universität-Wien, die ihre Diplomarbeit unter der Betreuung von Frau O. Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner verfasst haben für ihre Unterstützung und Zusammenarbeit.

Zu Gunsten der einfacheren Lesbarkeit wird sowohl für die männliche wie die weibliche Form die männliche Form verwendet.

Einleitung

Durch mein Hauptinteresse im Studium der Psychologie an dem forensischen Bereich, insbesondere der Suchterkrankungen, absolvierte ich mein 6-Wochen-Pflichtpraktikum beim Verein P.A.S.S. – Hilfe bei Suchtproblemen im 8. Wiener Gemeindebezirk. Durch diese Tätigkeit ist mein Interesse an der Arbeit mit suchtabhängigen Personen gewachsen, und gleichzeitig sind viele Fragen aufgetaucht, die durch aktuelle wissenschaftliche Literatur nur unzulänglich beantwortet werden konnten. Der Verein P.A.S.S. ist eine nach § 15 SMG staatlich anerkannte Einrichtung zur Behandlung von Suchtklienten, die aufgrund einer Weisung des Gerichtes, im Sinne von „Therapie statt Strafe“ eine ambulante Behandlung absolvieren.

Viele der Klienten haben zahlreiche Vorstrafen aufgrund von Beschaffungskriminalität. Andererseits besteht die Klientel des Vereins auch aus Personen, die aus anderen Motiven eine ambulante Behandlung in Anspruch nehmen, z.B. aus Eigeninitiative oder aufgrund des Wunsches bzw. Drucks der Familie oder dem Arbeitgeber. Die Finanzierung der ambulanten Behandlung übernimmt einerseits das Gericht, für die Klienten, die eine richterliche Weisung erhalten haben und sich im Programm „Therapie statt Strafe“ befinden. Für die Klienten, die aus anderen Motiven die Behandlung absolvieren, tragen die Krankenkassen die Kosten, nachdem ein Antrag bei der jeweils zuständigen Krankenkasse für die Kostenübernahme für die psychologische Intervention gestellt wurde, in diesem Fall für die ambulante Psychotherapie.

Durch meine Tätigkeit mit der Klientel, kam es immer wieder zu Fragen der Therapiemotivation, da beim Erstgespräch erfragt wird inwiefern Motivation zu einer Behandlung besteht. Dies brachte mich auf die interessante Fragestellung, wie sich Therapiemotivation bei „Therapie-statt-Strafe-Klienten“ zusammensetzt, bzw. ob sich diese unterscheidet zu Klienten, die aus anderen Motiven eine Behandlung in Anspruch nehmen. Die Betreuerin meines Praktikums Frau Mag. Dorothea Stella-Kaiser (Klinische- und Gesundheitspsychologin, gerichtlich zertifizierte Sachverständige, Psychotherapeutin und Vorstandsmitglied des Verein P.A.S.S.) unterstützte mein Anliegen, diese Frage zu erforschen und meine Diplomarbeit im Verein P.A.S.S. durchzuführen.

Durch die Vorstellung meiner Forschungsidee im Rahmen des Forschungsseminars bei Frau O. Univ.-Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner, wurde die Idee ausgeweitet, nicht nur eine Querschnittstudie zu verfassen, indem die Therapiemotivation am Beginn einer Behandlung untersucht werden soll, sondern auch eine Längsschnittstudie durchzuführen, zur Frage, wie sich die Therapiemotivation über den Zeitraum von sechs Monaten bei den Klienten verändert. Aus diesem Grund wird es zu dieser Studie eine Folgestudie geben, die von meiner Kollegin

Frau Marianne Zwettler durchgeführt wird. In der vorliegenden Studie soll erforscht werden, inwiefern sich die Therapiemotivation, die motivationalen Komponenten sowie die emotionale Lage von Klienten die eine Therapie im Sinne von „Therapie-statt-Strafe“ absolvieren, im Vergleich zu Suchtklienten unterscheidet, die aus anderen Motiven eine ambulante Behandlung absolvieren.

1. Psychotrope Substanzen und Substanzabhängigkeit

1.1. *Begriffsbestimmung „psychotrope Substanzen“*

Beubler (2007) beschreibt, dass durch die Einnahme psychotroper Substanzen psychische Vorgänge, Prozesse und Abläufe verändert werden. Psychotrope Substanzen sollen die Begriffe Rauschgift, Suchtgift- oder mittel ersetzen und neutralisieren. Nach Haller und Hinterhuber (1997) ist die Verwendung von psychotropen Substanzen ein uraltes Phänomen, das universell verbreitet und in jeder Kultur anzutreffen ist. Offensichtlich entspricht die Verwendung von psychotropen Substanzen dem tiefen menschlichen Bedürfnis, Gefühle und Vorstellungen, Wahrnehmung und Empfindung, Stimmung und Leistungsfähigkeit zumindest vorübergehend zu verändern. Die Autoren führen weiters an, dass der Begriff „Droge“ ursprünglich eine Sammelbezeichnung für Arzneimittel war, die durch Trocknung von Pflanzen gewonnen und haltbar gemacht wurden.

Auch Lesch (2009) führt an, dass Suchtmittel älter als die Menschheit und primär meist pflanzlicher Natur sind, wobei diese pharmakologisch wirksame Substanzen sind. Verschiedenste Erkrankungen wurden durch Substanzen, die auch Suchtmittel sein können, tausende von Jahren von der Menschheit behandelt. Heutzutage wird der Begriff „Drogen“ jedoch als Stoffe definiert, die auf das Zentralnervensystem wirken und deswegen Abhängigkeit erzeugen können (Haller & Hinterhuber, 1997).

Interessant erscheint die Verwendung psychotroper Substanzen in den Kulturen. In allen Kulturen gab es Regeln, in welcher Dosierung und zu welchen Zeitpunkten Alkohol konsumiert werden durfte oder sogar sollte, was mit schweren Strafen bis zur Todesstrafe verbunden war, wenn man sich an diese Rituale nicht gehalten hat (Lesch, 2009). Springer (2007) beschreibt, dass es mehrere Bedeutungen und Funktionen für den Umgang mit Drogen gibt. Der Umgang mit psychoaktiven Stoffen läuft in drei gesellschaftlichen Teilbereichen ab, nämlich in einem rituellen, religiös- „mantischen“, dem medizinischen und dem Bereich der Gestaltung der Freizeit und der Genussmittel. In allen Kulturen unterliegt der Gebrauch und auch die Verarbeitung der Rohstoffe sowie die Zubereitung der Substanzen Regulierungen, wie und in welchem Kontext sie gebraucht werden dürfen.

1.2. Diagnose Abhängigkeit

Es gibt verschiedene gebräuchliche Klassifikationssysteme, wie z.B. das DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 2001) oder das ICD-10 (Dilling, 2010), in denen Missbrauch, Abhängigkeit und Entzugssymptomatik suchtmittelunspezifisch definiert werden. Das internationale Klassifikationssystem für Erkrankungen (ICD-10) wurde von der Weltgesundheitsorganisation eingeführt und hat den Vorteil, die Häufigkeiten von Erkrankungen zwischen verschiedenen Ländern zu vergleichen. In der vierten Version des Klassifikationssystems (DSM-IV), dass die amerikanische psychiatrische Gesellschaft entwickelt hat, sind die Diagnosen deutlich enger gefasst als im ICD-10 (zitiert nach Lesch, 2009).

Die Diagnosekriterien für die Substanzabhängigkeit laut DSM-IV lauten nach Saß, Wittchen und Zaudig (2001, S. 227-228) folgendermaßen:

Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden Kriterien manifestieren, die zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:

- 1) Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:
 - a. Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen,
 - b. deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.
- 2) Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
 - a. charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz (siehe Kriterien A und B der Kriterien für Entzug von den spezifischen Substanzen),
 - b. dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.
- 3) Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.
- 4) Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
- 5) Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen (z.B. Besuch verschiedener Ärzte oder Fahrt langer Strecken), sie zu sich zu nehmen (z.B. Kettenrauchen) oder sich von ihrer Wirkung zu erholen.

- 6) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzgebrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
- 7) Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde (z.B. fortgesetzter Kokaingebrauch trotz des Erkennens kokaininduzierter Depressionen oder trotz des Erkennens, dass sich ein Ulcus durch Alkoholkonsum verschlechtert).

1.3. Ätiologie der Abhängigkeit

Comer (2008) weist darauf hin, dass wie bei anderen psychischen Störungen übermäßiger und chronischer Drogenkonsum immer mehr die Folge einer Kombination von soziokulturellen, psychologischen und biologischen Faktoren sind. Hinsichtlich der Ätiologie von Störungen durch Substanzen kommt dem biopsychosozialen Modell wesentliche Bedeutung zu. Das biopsychosoziale Modell wird anschließend kurz in einem eigenen Punkt behandelt. Zu den Konzepten der Ätiologie gibt es umfangreiche aktuelle Literatur, auf die in dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden kann. Auf aktuelle Literatur wird verwiesen (Comer, 2008; Davison, Neale & Hautzinger, 2007; Wittchen & Hoyer, 2006; Reinecker, 2003; Baumann & Perrez, 2005; Uchtenhagen & Ziegelsberger, 2000)

Biopsychosoziales Rahmenmodell

Das biopsychosoziale Rahmenmodell möchte in seiner Konzeption die wechselseitigen Beziehungen zwischen organischen, psychischen und sozialen Beziehungen oder Prozessen ausdrücken. Das Modell geht nicht von einem linearen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang bei der Entstehung und Erhaltung psychischer Störungen aus, sondern von einem mehrdimensionalen, komplexen Bedingungsgefüge. Die Ursache psychischer Störungen ist von unterschiedlicher Art, nämlich psychischer, sozialer und somatischer. Die Erforschung und Behandlung erfolgt daher interdisziplinär.

2. Therapiemotivation

„Seitdem Hippokrates bemerkt hatte, dass Patienten oft lügen, wenn sie sagen, dass sie ihre Medizin genommen hätten, sind Therapeuten mit Problemen der Therapiemotivation beschäftigt.“ (Meichenbaum & Turk, 1994, S. 9). Dieses Zitat lässt darauf schließen, dass Therapiemotivation ein schon lange vorhandenes, allgemeines Problem in der Behandlung darstellt. Wie im weiteren dargestellt hat der Begriff „Therapiemotivation“ in der Vergangenheit verschiedene Bedeutungen gehabt.

Sigmund Freud (1905) definierte als eine der ersten Personen den Begriff „Therapiemotivation“. Psychoanalytische Behandlung hielt er nicht für anwendbar bei Patienten, die sich nicht selbst aufgrund ihres Leidens in Therapie begeben. Er beschreibt den Leidensdruck als allgemeinen Motivationsfaktor, der zu einem Heilungswunsch führt und bei Patienten Aktivitäten auslöst, die in Richtung positive Veränderung abzielen. Wenn eine Therapie erfolgreich absolviert wird, kommt es zur Minderung des Leidensdrucks.

Fast 50 Jahre später erweiterten Dollard und Miller (1950) das Konzept von Freud und unterschieden in ihrem Modell des „Annäherungs-Vermeidungs-Konflikts“, einerseits die „motivation to seek therapy“ (Aufsuchetendenz), andererseits die „motivation to avoid therapy“ (Vermeidungstendenz). Die Annäherung bzw. Positiv-Motivation, ist gekennzeichnet durch Leidensdruck, der Sorge vor Verschlimmerung des Krankheitsbildes, Einschränkungen durch die Symptomatik, Wunsch nach Veränderung, eigene konkrete Zielsetzungen, sozialem Druck und dem salutogenetischen Wunsch, höhere Ziele im Leben zu erreichen.

Die Vermeidungstendenz bzw. Negativ-Motivation wirkt sich negativ auf die Therapiemotivation aus. Sie setzt sich insbesondere zusammen aus Ängsten und Befürchtungen hinsichtlich der eigenen Störung, des Therapiegeschehens sowie dessen Auswirkungen, dem antizipierten Gefühl, in der Therapie hilflos zu sein, der Scham, zugeben zu müssen, dass man Probleme nicht selbst lösen kann und der damit verbundenen Furcht vor dem Gerede anderer. Nach Dollard und Miller's Modell (1950) setzt Therapiebereitschaft voraus, dass die Aufsuchetendenz gegenüber der Meidetendenz überwiegt.

2.1. Konsistenztheorie von Grawe

Die Konsistenztheorie von Grawe (1998, 2004) geht davon aus, dass der Organismus nach Übereinstimmung der gleichzeitig ablaufenden psychischen Prozesse strebt, welchen Zustand er als Konsistenz bezeichnet. Der Organismus sei umso gesünder, desto höher die Konsistenz sei. Er beschreibt vier Grundbedürfnisse der Menschen, die evolutionär angelegt seien und nach Bedürfnisbefriedigung streben: Orientierung/Kontrolle, Lustgewinn/Unlustvermeidung, Bindung, Selbstwerterhöhung/-schutz.

Motivationale Schemata bilden sich in der Interaktion mit der Umwelt heraus. Sie haben das Ziel der Befriedigung dieser Bedürfnisse. Mittel, die das Individuum im Laufe seines Lebens entwickelt, um diese Grundbedürfnisse zu befriedigen und sie vor Verletzung zu schützen, nennt man motivationale Schemata. Es gibt Annäherungsschemata sowie Vermeidungsschemata, wobei die Annäherungsschemata der Erfüllung der Grundbedürfnisse dienen, und die Vermeidungsschemata der Verhinderung von Verletzungen, Bedrohungen oder Enttäuschungen. Von Inkongruenz wird gesprochen, wenn die aktivierten motivationalen Ziele verfehlt werden.

Von motivationaler Diskordanz bzw. einem motivationalen Konflikt spricht man dann, wenn annähernde und vermeidende Tendenzen gleichzeitig aktiviert werden und sich dadurch gegenseitig hemmen. Im psychischen Geschehen stellen zwei besonders wichtige Formen von Inkonsistenz dar: Diskordanz und Inkongruenz. Wenn die Grundbedürfnisse ausgeglichen sind und die motivationalen Ziele erreicht werden, ist Konsistenz gegeben.

2.2. Therapiemotivation als Prozess

Bei vielen Einrichtungen wird vor allem bei Suchtklienten, Therapiemotivation als Voraussetzung für die Aufnahme in eine Behandlung vorausgesetzt. Jedoch weisen viele Autoren in der Literatur darauf hin, dass Therapiemotivation gerade bei Suchtklienten nicht als Voraussetzung gesehen werden darf, sondern dass diese einen Prozess darstellt, der im Verlauf der Therapie erreicht werden soll.

Stone (1979) schreibt darüber, dass viele Ärzte nur wenige Sympathien für ihre unmotivierten Patienten aufbringen und die mangelnde Therapiemotivation auf ein Einstellungsproblem des Patienten zurückführen. Diese Haltung führt zu therapeutischen Pessimismus und mangelndem Interesse vieler Therapeuten, sich überhaupt um die Therapiemotivation zu kümmern.

Nach Meichenbaum und Turk (1994) variiert die Auftretenshäufigkeit von mangelnder therapeutischer Mitwirkung in Abhängigkeit von Untersuchungsmethodik und Fragestellung von 20 % bis zu 50 %.

Den Autoren nach, bildet der Mangel an therapeutischer Mitwirkung der Patienten eine wichtige Ursache für den therapeutischen Misserfolg. Die Autoren führen zwei Begriffe an, die Therapiebefolgung (compliance) und die Therapiemotivation (adherence). Bei der Therapiebefolgung geht es um die Übereinstimmung des Verhaltens der Patienten mit den Maßnahmen des Therapeuten z.B. bezüglich der Medikamenteneinnahme, der Lebensstiländerung oder eines präventiven Gesundheitsverhaltens.

Therapiemotivation stellt im Gegensatz dazu ein aktiv, von Patienten eingegangenes Engagement dar, das ein therapeutisches Resultat erzielen soll oder um präventiv etwas für ihre Gesundheit zu tun. Die Patienten haben die Möglichkeit einer freien Wahl und Anerkennung bei der Planung und Durchführung der Behandlung. Patienten können bei einer Therapieaufgabe aktiv mitwirken, bei anderen nicht, ebenso muss die Mitwirkung nicht automatisch zu einem späteren Zeitpunkt vorhanden sein. Therapiemotivation kann sich permanent ändern und wird als ein komplexes, dynamisches Phänomen angesehen. Überprüft wird die Therapiemotivation oft dadurch, indem man die Medikamenteneinnahme und die Termineinhaltung überprüft. Hält ein Patient seine Termine nicht ein und nimmt man das als Indikator für mangelnde Therapiemotivation, so weiß man noch nicht warum der Patient die Termine nicht wahrgenommen hat.

Haynes (1976) identifizierte mehr als 200 Variablen, die mit Therapiemotivation zusammenhängen, die er einteilt in a) Persönlichkeitsmerkmale des Patienten, b) Charakteristika der Behandlung, c) Diagnose und Krankheit, d) die Therapeut-Patient-Beziehung und e) das klinische Setting. Diese Variablen überlappen sich und sollten nicht voneinander unabhängig gesehen werden. Personen-, Behandlungs- und Krankheitsmerkmale interagieren in hoch komplexer Weise miteinander.

Stetter (2000) führt an, dass psychotherapeutische Ansätze, die Änderungsbereitschaft und Behandlungsmotivation einseitig als Patientenmerkmale und nicht als Aspekte eines dynamischen Beziehungsgefüges beschreiben, an dem der Therapeut ebenso wie der Patient beteiligt sind. Änderungsbereitschaft und Behandlungsmotivation müssen in der Regel im therapeutischen Kontext erst entwickelt werden. Sie sind keinesfalls Voraussetzung, sondern Gegenstand der psychologischen Intervention mit Abhängigen.

Psychologische Behandlung mit Suchtkranken kann sich zumindest phasenweise außerordentlich beanspruchend und anstrengend gestalten. Einerseits müssen Leidensdruck und Motivation zur Behandlung erst entstehen, andererseits kann die psychotherapeutische Arbeit mit Suchtkranken auch in späteren Phasen sehr aufreibend sein, z.B. wenn in emotionalen Krisen Substanzrückfälle drohen oder eintreten und dadurch ein widerum anderes Vorgehen erforderlich wird.

Heckhausen (1975) beschreibt, dass im Laufe der Therapie, mit wachsendem Therapieerfolg der Leidensdruck an motivationaler Bedeutung verliert, die Erfolgserwartung dagegen in ihrer motivationalen Bedeutung zunimmt. Es wird deutlich, dass sich die Therapiemotivation prozesshaft herausbildet und prinzipiell die Möglichkeit besteht, über geeignete Maßnahmen die Art der Motivation oder Erwartungen des Patienten hinsichtlich einer Behandlung zu beeinflussen. Höld (2007) meint ebenso, dass Motivationsarbeit Sinn machen kann. Aus Fremdsteuerung kann sich Eigen-Motivation entwickeln, wenn der Abhängige sein süchtig eingeschränktes Leben gleichzeitig einfühlsam wie konfrontativ gespiegelt bekommt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Therapiemotivation keinesfalls als Voraussetzung für eine Therapie gesehen werden darf, sondern sich prozesshaft entwickelt, woran die behandelnde Person großen Beitrag hat. Dahle (1995) sieht Therapiemotivation sogar nicht nur als Therapievoraussetzung, sondern als ein erstes Therapieziel.

Lesch (2009) betont, dass es ein wichtiges diagnostisches Kriterium der Abhängigkeit ist, dass die Patientengruppe nicht motiviert ist und man daher den Patienten die Freiheit lassen sollte, ihr Therapieziel selbst zu bestimmen. Der Motivationsprozess soll durch Gespräche und Aufklärung in Gang gebracht werden. Es ist wichtig zu wissen, in welcher Phase der Motivation sich der Patient befindet, um ihn genau da abzuholen. Prochaska und DiClemente (1983) führen dazu ein Modell an, das Transtheoretische Modell der Veränderung, das im Folgenden genauer beschrieben wird.

2.3. Das Transtheoretische Modell der Veränderung

Prochaska und DiClemente (1984) beschreiben mit den „stages of Change“ (SoC) des Transtheoretischen Modells verschiedene psychologische Stadien, die von einer Person bei der Veränderung eines problematischen Verhaltens durchlaufen werden. Im ursprünglichen Modell von Prochaska und DiClemente (1982), handelte es sich um fünf Stufen die für eine erfolgreiche Verhaltensänderung durchlaufen werden müssen, nämlich die Phasen Absichtslosigkeit (precontemplation), Absichtsbildung (contemplation), Vorbereitung (preparation), Handlung (action) und Aufrechterhaltung (maintenance).

Im Forschungsbericht des psychologischen Institutes der Albert-Ludwig-Universität Freiburg von Maurischat C. (2001, S. 13, 14) werden die Stadien der Veränderung folgendermaßen beschrieben:

Precontemplation ist die erste Phase, in der Menschen keine Absicht haben, ihr Verhalten bzw. ihre Überzeugungen in der absehbaren Zukunft (z.B. in den nächsten sechs Monaten) zu ändern. Viele Personen sind sich ihres Problems nicht bewusst, verleugnen dieses oder wollen nicht darüber nachdenken. Sie sind über die langfristigen Konsequenzen nicht ausreichend informiert oder entmutigt hinsichtlich der eigenen Veränderungsfähigkeit.

Contemplation ist die zweite Phase, in der sich Menschen ihrer Problematik bewusst werden und ernsthaft über Veränderungen im nächsten halben Jahr nachdenken. Allerdings sind sie noch keine Verpflichtung (sich selbst oder anderen gegenüber) eingegangen, auch wirklich anders zu handeln.

Preparation ist die dritte Phase, die intentionale und Verhaltensaspekte kombiniert. Menschen äußern hier die Absicht, ihr Verhalten gewöhnlich innerhalb des nächsten Monats (d.h. kurzfristig) zu ändern oder hatten im letzten Jahr bereits erste erfolgreiche Versuche unternommen.

Action ist die vierte Phase, in der Personen etwa seit einem halben Jahr aktiv ihr Verhalten, ihre Erfahrungen oder ihre Umwelt neu strukturieren, um ihr Problem zu lösen. Das Handeln erfordert viel Aufwand an Energie und Zeit. Das Action-SoC gilt deshalb als die aktivste Phase, in der das neue Verhalten in die Alltagsroutine einfließt und die Umwelt die Veränderung vermehrt wahrnimmt.

Maintenance ist die fünfte Phase, in der Menschen ihre erreichten Veränderungen etwa seit mehr als sechs Monaten zum Zeitpunkt der Befragung beibehalten und möglichen Rückfällen vorbeugen. Die Anwendung der erlernten Fähigkeiten und Strategien wird nun endgültig zur Routine. Die Dauer dieser Phase liegt etwa zwischen sechs Monaten und fünf Jahren (Maurischat, 2001, zitiert nach Prochaska & Prochaska, 1999).

Das lineare Durchlaufen dieser fünf Stadien ist jedoch eher die Ausnahme denn die Regel. Früher wurde der Rückfall als eigene Stufe aufgefasst, heute gehört er zum Veränderungsprozess dazu. Die Personen verbleiben individuell verschieden lange in den einzelnen Stufen, bis sie in die nächste Stufe kommen. Es ist jedoch wichtig, dass die Personen alle Stufen durchlaufen und die relevanten Veränderungsprozesse der jeweiligen Stufe umsetzen, da sonst das Risiko wahrscheinlicher ist, in alte Verhaltensgewohnheiten zurückzufallen (Prochaska & DiClemente, 1992).

Nach Maurischat (2001) wurde in den frühen 80er Jahren der Fokus der Anwendung des Transtheoretischen Modells auf die Suchtverhaltensänderung gelegt, sowie Rauchen und Alkoholmissbrauch. Das Modell wurde jedoch auch in andere Anwendungsbereiche übertragen, wie z.B. Gewichtskontrolle oder Schutzverhalten vor UV-Strahlung, sowie Mitte der 90er Jahre im Bereich der Fitness oder Prävention für sexuell übertragbare Krankheiten.

2.4. Emotionen und Therapiemotivation

Cofer (1975) betont die Schwierigkeit der Definition des Begriffs „Emotion“. Darwin (1872, zitiert nach Heckhausen, 2003) hat anhand eingehender Beobachtungen eines Säuglings acht Grundemotionen voneinander abgegrenzt: Interesse, Freude, Unmut/Trauer, Überraschung, Furcht, Ärger/Wut, Ekel und Scham.

McDougall (1908, zitiert nach Heckhausen, 2003) betrachtet die Grundemotionen als rudimentäres Motivationssystem. Er sah die Emotion als angeborenes Kernstück und die unveränderliche Komponente jedes Instinkts an, während sich die kognitiven und motorischen Komponenten ändern können. Emotionen drücken sich aus durch Gesichtsmimik, Gestik, Körperhaltung, Körperorientierung und Stimme. Die Ausdrucksbewegungen der Emotionen können von anderen wahrgenommen werden und ihnen genaue Informationen über die momentane Emotion und Handlungsbereitschaft des Beobachteten geben.

Nach Carver und Scheier (1998, zitiert nach Grosse Holtforth & Grawe, 2002) wird Zielen eine wesentliche Funktion bei der Entstehung von Emotionen zugemessen. Die Emotionen fallen unterschiedlich positiv oder negativ aus, je nachdem, wie sehr ein Ziel zum aktuellen Zeitpunkt erreicht ist. Einer der bekanntesten Vertreter dieser Position ist die kognitiv-motivational-relationale Theorie der Emotionen (Lazarus, 1991, zitiert nach Grosse Holtforth & Grawe, 2002).

Emotionen entstehen nach Lazarus in einem komplexen Bewertungsprozess momentaner Transaktionen des Individuums mit seiner Umgebung, wobei die Art der Emotion von der Art der Bewertung abhängt. Weiters lässt sich hierbei diesen theoretischen Vorstellungen die Selbstdiskrepanztheorie von Higgins (1987, 1989b, 1996, zitiert nach Grosse Holtforth & Grawe, 2002) einreihen. Higgins geht von einer Entstehung der Emotionen, in Abhängigkeit von der Zielerreichung des Ideal- und des Soll-Selbstes aus.

Im Gegensatz dazu sehen Carver und Scheier (1990, 1998, zitiert nach Grosse Holtforth & Grawe, 2002) nicht die Diskrepanz zwischen Ziel und aktuellem Zustand verantwortlich für die Entstehung der Emotionen, sondern das Ausmaß des Fortschritts der Zielerreichung. Es existieren weitere theoretische Vorstellungen zum Zusammenhang zwischen Zielen und Emotionen, z.B. hängt für Bandura (1989, zitiert nach Grosse Holtforth & Grawe, 2002) der Grad der Erwartung einer Zielerreichung mit der Qualität und Intensität der Emotion zusammen.

Pekrun (1987) betont, dass die Einflüsse von Emotionen auf motivationale Systeme bisher nicht ausreichend untersucht wurden. Ein Grund dafür könnte sein, dass durch deren inhaltliche Nachbarschaft, diese nicht als ergänzende sondern als konkurrierende Wege zu den Determinanten menschlichen Denkens und Handelns aufgefasst werden.

Was den Zusammenhang zwischen Emotionen und Motivationen betrifft, führt Cofer (1975) an, dass die Verbindung zwischen Emotionen und Motivation nicht vollkommen klar sei, aber es zahlreiche Gründe gebe, die eine Beziehung von emotionalen Zuständen zum Verhalten implizieren. Die Wahrnehmung der Welt kann von Gefühlen beherrscht sein wie z.B. von Furcht, Trauer, Zorn, Freude, Stolz oder Liebe, die in der Folge unserem Verhalten einen speziellen Charakter verleihen. Er führt das Beispiel an, dass wir im Zustand der Trauer z.B. niedergeschlagen und deprimiert sind, was sich im Verhalten z.B. durch Weinen oder den Verlust an Interessen zeigt. Die Emotion Trauer verbindet sich somit mit unseren Handlungen und Gefühlen.

Obwohl es Unterschiede gibt, sind diese Veränderungen im Verhalten den Änderungen, die motivierte Zustände begleiten, ähnlich. Motive können eine emotionale Komponente haben, aber auch Emotionen scheinen manchmal wie Motive zu wirken, woraus sich schließen lässt, dass Motive und Emotionen in enger Beziehung zueinander stehen. Ein Motiv kann eine emotionale Komponente haben, z.B. wenn das Motiv der Aggression aus Zorn entsteht oder wenn sexuelle Motive Elemente der Liebe enthalten.

Emotionen und Motivation unterscheiden sich jedoch in zweierlei Hinsicht. Emotionen werden grundsätzlich durch Gesicht, Haltung und Bewegungen ausgedrückt und durch Aussagen, wie man sich fühlt, währenddessen diese Kennzeichen für Motive nicht charakteristisch sind.

Nach Cofer (1975) entstehen Konflikte, wenn unvereinbare Reaktionstendenzen gleichzeitig vorhanden sind. Die Gegenwart zweier unvereinbarer Ziele ist der Ursprung des Konflikts, da nur ein Ziel erreicht werden kann (Annäherungs-Annäherungs-Konflikt). Bei der Wahl von zwei unerwünschten Alternativen, tritt der Vermeidungs-Vermeidungs-Konflikt auf. Ein anderer Fall wäre, wenn ein Ziel erreichbar ist, dieses aber mit dem Risiko von Strafe verbunden ist, sodass positiver und negativer Wert in Konflikt gerät (Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt). Konflikte können Spannungen hervorrufen, die als unangenehm empfunden werden. Oft führen sie zu einem unschlüssigen und zögernden Verhalten, das wiederum von Zuständen der Erschöpfung einhergeht. Eine häufige Reaktion ist, dass man vom Konflikt eher flieht, als ihn zu lösen. Die Annäherungs-Vermeidungs-Konflikte sind gekennzeichnet durch den Wunsch ein Ziel zu erreichen, aber gleichzeitig Furcht besteht vor der Annäherung an das Ziel.

Wenn es um die Frage geht, ob und wie Emotionen mit Substanzabhängigkeit in Zusammenhang stehen, ist anzuführen, dass nach Schröder und Petry (2003) Inkompetenzen der Emotionsregulation einen zentralen Stellenwert bei der Suchtgenese haben. Negative Gefühlszustände werden mittels psychotroper Substanzen gedämpft. Die emotionale Regulationsebene fungiert als Motivierungs- und Leitsystem für jegliche Persönlichkeitsentwicklung.

Eine interessante Entdeckung machten Tellegen und Zuckermann (1985, 1991 zitiert nach Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Sie stellen einen direkten Zusammenhang zwischen Neurotizismus und Vermeidungsprozessen wie Sorgen, Ängstlichkeit, Bestrafungserwartung etc. her. Neurotizismus wird von Eysneck und Eysneck (1968, zitiert nach Grosse Holtforth & Grawe, 2002) als generelle Tendenz zu emotionaler Instabilität und Überreagibilität beschrieben.

Weiters fanden Elliot und Mitarbeiter (1997, zitiert nach Grosse Holtforth & Grawe, 2002) heraus, dass Personen, die eher Vermeidungsziele als Annäherungsziele wählten, höhere Neurotizismuswerte aufweisen. Elliot und Sheldon (1998, zitiert nach Grawe 2004) fanden in ihrer Studie heraus, dass die Probanden, die mehr Vermeidungsziele gewählt hatten, auch höhere Neurotizismuswerte aufwiesen.

Nach Grawe (2004) geht das Annäherungsverhalten mit der Tendenz zu positiven Emotionen einher, das Vermeidungsverhalten mit der Tendenz zu negativen Emotionen. Die Tendenz zu negativen Emotionen und Vermeidungsverhalten überschneidet sich stark mit dem Persönlichkeitsfaktor Neurotizismus. Zu negativen Emotionen und Vermeidungsverhalten gibt es eine genetische Disposition. Der Autor führt an, dass das Nichterreichen von Annäherungszielen negative Emotionen aktiviert und sich die psychische Aktivität zukünftig vermeidend ausrichtet, damit die negativen Emotionen nicht wieder auftreten. Das Annäherungsverhalten wird dadurch zukünftig gehemmt.

Je mehr sich das Vermeidungsverhalten generalisiert, desto mehr wird das Annäherungsverhalten gehemmt. Annäherungs- und Vermeidungsverhalten sind jedoch keine Gegenpole. Jemand der viele Vermeidungsziele hat, kann gleichzeitig auch Annäherungsziele haben. Bei den Annäherungszielen geht es darum, die Diskrepanz zu einem positiv bewerteten Ziel zu verringern, wohingegen es bei den Vermeidungszielen darum geht, die Diskrepanz zu einem negativ bewerteten Ziel zu maximieren. Das Erreichen von Zielen kann positive Emotionen auslösen, Vermeidungsziele kann man nie ganz erreichen, denn selbst wenn man die Gefahr abgewehrt hat, kann man nie sicher sein, dass nicht eine andere Gefahr von einer anderen Seite droht. Es ist ständige Aufmerksamkeit gefordert, die von ängstlicher Anspannung begleitet ist. Der Autor beschreibt das Beispiel eines kleinen Kindes, wenn es die Nähe der Mutter anstrebt. In diesem Fall weiß das Kind, was es dafür tun kann um das Ziel zu erreichen und kann entspannen wenn das Ziel erreicht ist. Wenn das Kind jedoch das Ziel hat, den Verlust der Nähe der Mutter zu vermeiden, muss es ständig alles im Auge behalten, was geschieht, da es immer passieren könnte, dass die Mutter geht. Vermeidungsziele binden deshalb viel Energie und Aufmerksamkeit, wobei man nie das Zufriedenheitsgefühl bekommt, etwas erreicht zu haben. Aus diesem Grund sind Vermeidungsziele ungünstige Ziele, was die Möglichkeit der Zielerreichung für eine gute Bedürfnisbefriedigung angeht.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Vermeidungsverhalten mit negativen Emotionen einhergeht, und darüber hinaus der Realisierung von Annäherungszielen im Wege steht. Es kann angenommen werden, dass eine vermeidende Ausrichtung der psychischen Aktivität mit schlechterem Wohlbefinden, schlechterem Selbstbewusstsein und einer schlechteren psychischen Gesundheit einhergeht. Wenn ein hohes Maß an Vermeidungszielen besteht, führt dies zu Problemen und zu einem schlechteren Zustand. Aus diesem Grund sollte es zu den Therapiezielen gehören, die Vermeidungsziele zu vermindern.

In der Therapie von Suchtkranken geht es unter anderem um die Entwicklung von Lebenskompetenzen, z.B. soziale Kompetenzen, Widerstandskompetenzen, Konfliktbewältigung, Copingskills, Kommunikationsfertigkeiten, aber auch Selbstwert und Relaxation. Dabei werden jedoch die Kompetenztrainings emotionaler Aspekte oft vernachlässigt (Schröder & Petry, 2003).

Da die Literatur über Zusammenhänge von Vermeidungsverhalten und negativen Emotionen schließen lässt, wäre es sinnvoll, diese genauer zu erforschen. Sinnvoll wäre es auch, die Emotionen mehr in die Therapie miteinzubeziehen. In dieser Studie soll nicht nur die motivationalen Schemata (Annäherungs-und Vermeidungsmotivation), sondern auch das emotionale Befinden der Klienten erhoben werden.

3. Behandlungssysteme für Drogenabhängige

3.1. Entwicklung des Behandlungssystems für Drogenabhängige in Österreich

Burian und Eisenbach-Stangl (1998) beschreiben in ihrem Artikel in der Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, die Entwicklung des speziellen Behandlungssystems für Drogenabhängige in Österreich. Nach den Autoren lassen sich drei Phasen der Entwicklung des Behandlungssystems unterscheiden. In der ersten Phase, in den 70er Jahren, übte das Suchtgiftgesetz einen maßgeblichen Einfluss auf die Behandlung aus. Die Behandlung war vor allem die Behandlung im Maßnahmevollzug und stationäre Langzeittherapie mit dem Ziel Abstinenz. In der zweiten Phase, der ersten Hälfte der 80er Jahre, kam es langsam zur Kritik der vorherrschenden Behandlungsziele. Seit Beginn der dritten Phase (1985) hat sich das Behandlungssystem stark verändert, wobei die Entwicklung der Drogenszene und das Auftreten von HIV und AIDS eine wichtige Rolle spielten. Es wurden neue und zusätzliche Ziele und Programme entwickelt, und die Betreuung und Behandlung wurde professionalisiert und medikalisiert.

3.2. Ambulante Psychotherapie

Fuchtmann (1994, zitiert nach Bühringer 1986) schreibt, dass Sucht als Krankheit verstanden werden muss und daher nur mit psychologischen und psychosozialen Maßnahmen „therapeutisch“ behandelt werden kann, abgesehen von den körperlichen Folgen. Er führt sechs Ziele an, worauf die Therapie abzielt, wobei jedes Behandlungskonzept genau auf die Problemlage des Klienten abgestimmt werden muss. Das erste Ziel ist die Entgiftung von den abhängigkeiterzeugenden Substanzen, zweitens die Aufgabe der suchttypischen Verhaltensweisen wie Dealen oder Beschaffungskriminalität und der dazugehörigen Gefühlswelt und Lebensweise, drittens und viertens geht es um die physische und psychische Gesundheit, um den Abbau der mit den Drogen einhergehenden Phobien, depressiven Zustände oder sexuelle Störungen. Bei dem fünften Ziel geht es um die soziale Integration, beim sechsten Ziel um den Erwerb jener Kompetenzen, die es bedarf, um nicht rückfällig zu werden. Fuchtmann (1994) führt an, dass die Entwicklung und Förderung neuer Gefühle, neuer Denk- und Verhaltensweisen für eine dauerhafte Abstinenz unabdingbar ist, wozu medizinische, psychologische und soziale Maßnahmen notwendig sind. Die Vorteile der ambulanten Psychotherapie sieht der Autor in der Nähe zum sozialen Milieu der Betroffenen und in der Einbeziehung der Bezugspersonen in die Therapie. Familie und Kollegen können am therapeutischen Prozess beteiligt werden. Co-Abhängigkeiten, die die Sucht unwissentlich fördern, können in diesem Rahmen besser erkannt werden und therapeutisch behandelt werden.

3.3. Behandlung von straffälligen Suchtklienten

Nach Gratz und Werdenich (1980) begann die Behandlung inhaftierter Drogentätern im Jahr 1972. 1975 wurde die Möglichkeit eingeführt, spezielle Tätergruppen in (spezifischen) Gefängnissen oder auch Abteilungen von Gefängnissen zu behandeln. Das Strafgesetzbuch von 1975 legte fest, dass nur Rechtsbrecher aufgenommen werden konnten, deren Freiheitsstrafe zwei Jahre nicht überstieg und es sich um Täter handeln muss, die dem „Missbrauch“ eines berauschenden Mittels ergeben sind und dass sie die Tat im Rausch oder sonst im Zusammenhang mit ihrer Gewöhnung begangen haben. Nach Nitmann (1980) hat sich das spezielle Behandlungssystem für Drogenabhängige in dieser Phase durch das Vorherrschen von Zwangsbehandlung gegenüber freiwilliger stationärer Behandlung und durch das Vorherrschen von stationärer Langzeitbehandlung im „freien“ Sektor entwickelt. Die ambulante Betreuung Drogenabhängiger wurde erst Ende der 70er Jahre ausgebaut. Mitte der 80er Jahre gab es einen ausgeprägteren Wandel, wobei Ersatzdrogen durch das Gesundheitsministerium empfohlen und angewendet wurden und zunehmend niederschwellige Einrichtungen gegründet wurden (Burian & Eisenbach-Stangl, 1998).

1998 wurde das neue Suchtmittelgesetz (SMG) festgelegt. Dabei wird berücksichtigt, dass bei Drogenabhängigen neben medizinischen, häufig psychische und soziale Probleme im Vordergrund stehen. Als Alternative zur Haftverbüßung steht drogenabhängigen Straftätern ein differenziertes Handlungsspektrum zur Verfügung. Dieses Spektrum wird unter dem Begriff „gesundheitsbezogene Maßnahmen“ zusammengefasst. Trotz des Zwangscharakters ist eine Wahlfreiheit für die Klienten vorhanden, da die Anwendung einer gesundheitsbezogenen Maßnahme die Einwilligung der jeweiligen KlientIn voraussetzt. In diesem Zusammenhang ist der Begriff „Quasi-Zwangsbehandlung“ adäquat (Gegenhuber, Werdenich & Kryspin-Exner, 2009).

Nach Gegenhuber (2008) begeht ein Großteil der substanzabhängigen Personen Straftaten, um den illegalen Drogenkonsum zu finanzieren, wodurch die substanzabhängigen Personen oft in den Kreislauf der Drogenszene und Inhaftierung kommen. Durch eine Inhaftierung kann jedoch der Kreislauf aufgrund der Schwere der Erkrankung nur selten unterbrochen werden, wodurch der therapeutischen, psychosozialen und medizinischen Intervention große Bedeutung zukommt, um eine Genesung zu erreichen. Der Gesetzgeber reagiert auf diesen Umstand mit der Möglichkeit zu einer Therapie anstelle der Haftverbüßung. Durch eine „gesundheitsbezogene Maßnahme“ können drogenabhängige Straftäter ein differenziertes Handlungsspektrum in Anspruch nehmen.

3.4. Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Suchtgiftmissbrauch

Foregger, Litzka und Matzka (1998, S. 34) beschreiben den Begriff „gesundheitsbezogene Maßnahmen“ nach § 11 SMG wie folgt:

- 1) Personen, die wegen Suchtgiftmissbrauchs oder der Gewöhnung an Suchtgift gesundheitsbezogener Maßnahmen gemäß Abs. 2 bedürfen, haben sich den notwendigen und zweckmäßigen, ihnen nach den Umständen möglichen und zumutbaren und nicht offenbar aussichtslosen, gesundheitsbezogenen Maßnahme zu unterziehen. Bei Minderjährigen haben die Eltern oder andere Erziehungsberechtigten im Rahmen ihrer Pflicht zur Pflege und Erziehung dafür zu sorgen, dass sie sich solchen Maßnahmen unterziehen.
- 2) Gesundheitsbezogene Maßnahmen sind 1. die ärztliche Überwachung des Gesundheitszustands, 2. die ärztliche Behandlung einschließlich der Entzugs- und Substitutionsbehandlung, 3. die klinisch-psychologische Beratung und Betreuung, 4. die Psychotherapie sowie 5. die psychosoziale Beratung und Betreuung durch qualifizierte und mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertrauten Personen.
- 3) Für die Durchführung gesundheitsbezogener Maßnahmen gemäß Abs. 2 Z 3 bis 5 sind insbesondere die Einrichtungen und Vereinigungen gemäß § 15 heranzuziehen.

Das Suchtmittelgesetz zeigt durch diese Bestimmungen auf, dass Menschen mit Suchtgiftmissbrauch oder Gewöhnung an Suchtgift durch die gesundheitsbezogenen Maßnahmen geholfen werden soll, und hier das Prinzip „Helfen statt Strafen“ zum tragen kommt (Foregger, Litzka & Matzka, 1998).

Die Klienten können aufgrund folgender Paragraphen eine Auflage/Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme erhalten (Busch, Haas, Kellner & Türscherl, 2008, S. 9-10):

§ 12 SMG: Es werden Klienten betreut, bei denen eine Begutachtung durch die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde (Amtsarzt) ergeben hat, dass sie wegen Drogenmissbrauchs oder der Gewöhnung an Drogen gesundheitsbezogener Maßnahmen gemäß § 11 Abs. 2 SMG bedürfen, und bei denen die Gesundheitsbehörde darauf hinwirkt, dass bzw. kontrolliert, ob sie sich den gesundheitsbezogenen Maßnahmen unterziehen.

§ 13 SMG: Es werden Klienten betreut, die aufgrund einer schulärztlichen Untersuchung (Annahme von Suchtgiftmisbrauch) einer gesundheitsbezogenen Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2 SMG bedürfen.

§ 35 SMG: Es werden Klienten betreut, die wegen Verstoßes gegen das SMG bei der Strafverfolgungsbehörde angezeigt wurden, wobei die Anzeige von der Staatsanwaltschaft im Hinblick darauf, dass sich der Klient bereit erklärt hat, sich einer notwendigen gesundheitsbezogenen Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2 SMG zu unterziehen, für eine Probezeit von zwei Jahren vorläufig zurückgelegt wurde.

§ 37 SMG: Es werden Klienten betreut, die sich wegen Verstoßes gegen das SMG einem gerichtlichen Strafverfahren zu unterziehen hatten, wobei das Strafverfahren durch das Gericht im Hinblick darauf, dass sich der Klient bereit erklärt hat, sich einer notwendigen gesundheitsbezogenen Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2 SMG zu unterziehen, für eine Probezeit von zwei Jahren vorläufig eingestellt wurde.

§ 39 SMG: Es werden Klienten betreut, die wegen Verstoßes gegen das SMG zu einer Geld- oder Freiheitsstrafe verurteilt wurden, wobei das Gericht im Hinblick darauf, dass sich der Klient bereit erklärt hat, sich (einer) notwendigen gesundheitsbezogenen Maßnahme(n) gemäß § 11 Abs. 2 SMG zu unterziehen, den Aufschub des Strafvollzuges für eine Probezeit von höchstens zwei Jahren bewilligt hat.

§ 180 StPO: Es werden Klienten betreut, denen im Rahmen eines mit ihrem Drogenkonsum im Zusammenhang stehenden Strafverfahrens mit ihrer Zustimmung vom Gericht anstelle einer U-Haft als gelinderes Mittel zur Erreichung des Haftzweckes die Weisung erteilt wurde, sich einer Entwöhnungsbehandlung, sonst einer medizinischen Behandlung oder einer Psychotherapie oder einer gesundheitsbezogenen Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2 SMG zu unterziehen.

§ 50/51 StGB: Es werden Klienten betreut, denen, um sie von weiteren mit dem Drogenkonsum im Zusammenhang stehenden, mit Strafe bedrohten Handlungen abzuhalten, vom Gericht eine Weisung – insbesondere mit ihrer Zustimmung die Weisung, sich einer Entwöhnungsbehandlung, einer psychotherapeutischen oder einer medizinischen Behandlung zu unterziehen - erteilt wurde.

3.5. Therapiemotivation bei straffälligen Suchtklienten

Die Motivation zur Veränderung geschieht nach Höld (2007) nicht nur durch eigenen Antrieb, sondern kann auch durch die Auseinandersetzung mit gesetzlichen Regelungen und Normen erfolgen.

Aus der Sozialpsychologie ist seit langem bekannt, dass die Antizipation bzw. die Wahrnehmung von Freiheitsbeschränkung Reaktanz hervorruft (Brehm, 1972). Die Hoffnung auf Sanktionserleichterung stellt ein Motiv für die Therapieteilnahme dar und es sei sogar denkbar, dass Strafgefangene ausschließlich aufgrund solcher Motive in eine Behandlungsmaßnahme einwilligen. Mit der Intention Strafgefangene zu ersten Schritten zu bewegen, mag eine justizielle Einflussnahme auf die Therapiemotivation durchaus sinnvoll sein. Ein erstes Therapieziel wäre eine inhaltliche Motivationsförderung im Sinne einer möglichst baldigen Aufarbeitung der Hemmnisse, die der Therapie im Weg stehen. Es kommt in der Mehrzahl der Fälle zu einem Prozess der Bewusstseinsbildung und Motivation zur Veränderung (Höld, 2007).

Die Self-determination Theory nach Deci und Ryan (1985) besagt, dass Personen motivierter sind wenn sie selbst entscheiden und handeln können als wenn sie unter Kontrolle und Zwang stehen.

Nach Gegenhuber, Werdenich und Kryspin-Exner (2009) werden besonders Klienten, die im Rahmen des Strafvollzuges bzw. als Alternative zu diesem eine Behandlung beginnen, oft mit dem Stigma der fehlenden Behandlungsmotivation behaftet. Dahle (1995), der sich in zahlreichen Arbeiten mit Behandlungsmotivation im forensischen Bereich auseinandersetzte, macht jedoch aufmerksam, dass es sich bei der mangelnden Behandlungsmotivation nicht nur um ein Problem bei straffälligen Personen handelt, sondern dass dies ein allgemeines Problem sozial randständiger Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Bildungsniveau ist.

Wild, Newton-Taylor und Alleto (1998) führen an, dass auch bei Patienten außerhalb geschlossener Institutionen kaum vollkommene Freiwilligkeit besteht. Hier verlangt nicht das Justizsystem eine Behandlung, sondern möglicherweise der Partner, der Arbeitgeber oder andere Personen oder Behörden. Die Autoren fanden in einer Untersuchung mit 300 Drogenabhängigen, dass 35 % der Klienten mit Auflage zur Therapie keinen Zwang zur Behandlung verspürten, während 37 % der freiwilligen Klienten angaben, sich unter Druck gesetzt zu fühlen.

In einem EU-Projekt (Stevens et al., 2006) wurden 845 substanzabhängige Personen aus sechs europäischen Ländern (Großbritannien, Deutschland, Italien, Schweiz, Österreich und den Niederlanden) untersucht. Es zeigte sich, dass bei der Gruppe der Klienten, die eine Therapieauflage vom Gericht hatte, der insgesamt wahrgenommene Zwang zwar signifikant höher war, jedoch dass auch zwei Drittel der Klienten, die keine richterliche Weisung hatten, externen Zwang verspürten, wohingegen ein knappes Viertel der Gruppe mit der richterlichen Weisung, keinen externen Zwang zur Behandlung verspürte.

Die Studie von Gegenhuber et al. (2009) zeigte, dass der Weg in die Behandlung – mit bzw. ohne gerichtliche Therapieauflage – ein ungeeigneter Indikator für das Vorhandensein bzw. Fehlen von Freiwilligkeit ist. Es zeigte sich, dass zumindest ein Fünftel der Justizklienten sich bei Behandlungseintritt nicht unter Druck gefühlt haben, währenddessen mehr als zwei Drittel der sogenannten „Freiwilligen“ angaben, externen Zwang zu verspüren. Klienten lassen sich also nicht dichotom in ‚Freiwillige‘ und ‚Zwangsklienten‘ einteilen, schon gar nicht aus objektiver Sicht.

Der Leidensdruck scheint bei der Entscheidung eine Behandlung zu beginnen eine größere Rolle zu spielen als Zwang aus einer externen Quelle, z.B. einer gerichtlichen Therapieauflage. In der Untersuchung von Gegenhuber et al. (2009) konnte weiters festgestellt werden, dass es auffallende Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich psychologischer und medizinischer Probleme gibt. Diese sind bei den „Freiwilligen“ deutlich ausgeprägter. Offensichtlich spielt der durch medizinische, psychologische und andere Folgeprobleme des Substanzkonsums hervorgerufene Leidensdruck bei der Entscheidung, eine Behandlung zu beginnen, eine wesentlich größere Rolle als Zwang aus einer externen Quelle, beispielsweise einer gerichtlichen Therapieauflage. Vielmehr scheint sich der subjektiv wahrgenommene externe Druck auf einem Kontinuum zwischen den beiden Variablen ‚Freiwilligkeit‘ und Zwang anzusiedeln zu lassen.

Fuchtmann (1994) schreibt, dass Suchttherapeuten oft mit dem massiven Widerstand des Suchtkranken gegen die Therapie konfrontiert sind. Auch wenn ein Klient augenscheinlich freiwillig eine Therapie macht, steht im Hintergrund in der Regel ein sozialer Druck, der von Angehörigen oder Arbeitgebern ausgeübt wird. Die Folge kann sein, dass Suchtkranke zwar eine Therapie in Anspruch nehmen, sich jedoch völlig passiv in der Therapie verhalten, wobei die Gründe für ein solches Verhalten in der Krankheit selbst liegen. Trotz aller physischen und psychischen Schädigungen durch das Suchtverhalten, sehen sie sich keinesfalls als hilfsbedürftig.

Erst wenn die Nachteile der Sucht überwiegen und das Leid zunimmt, wird nach Hilfe gesucht. Somit setzt die Veränderung der Haltung gegenüber der Droge am Leidensdruck an, den diese auslöst. Am Ende steht die Bejahung der Abstinenz, womit die Veränderung der Haltung zur Therapie erfolgt.

Fuchtmann (1994) betont, dass sich die ambulante Suchttherapie zu wenig dem Aufbau der Behandlungsmotivation widmet. Oft wird die Tatsache, dass der Klient „von selbst“ kommt, als Beweis für seine Motivation angenommen. Der Leidensdruck und die Änderungsmotivation sind der primäre Antrieb zur Therapie, wobei diese Motive bei Suchtkranken oft instabil sind, weil sie meist nur dem sozialen Druck entspringen.

Nach dem transtheoretischen Modell ist über den Zusammenhang zwischen externem Zwang und Veränderungsmotivation noch sehr wenig aus empirischen Forschungsarbeiten bekannt. Das transtheoretische Modell postuliert, dass Klienten erst dann eine Behandlung beginnen, wenn sie sich in der Handlungsphase, also einem höheren Stadium der Motivation befinden, und dass eine Behandlung, die in einer inadäquaten Veränderungsphase begonnen wird, nicht hilfreich ist (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Gütlich, Heidenreich und Hoyer (1998) untersuchten mit 32 Probanden, wie sich Personen im deutschen Maßregelvollzug von jenen in einer stationären Drogenbehandlungseinrichtung hinsichtlich ihrer Veränderungsmotivation unterscheiden. Die Studie zeigte, dass Personen im Maßregelvollzug eher Einstellungen aufweisen, die der Phase der Absichtslosigkeit zuzuordnen sind.

Gregoire und Burke (2004) beschäftigten sich in einer Studie mit 295 Drogenabhängigen, die sich in einer ambulanten Behandlung befanden, mit den Stadien der Veränderungsbereitschaft im Quasi-Zwangskontext. Die Autoren fanden einen positiven Zusammenhang zwischen justiziellem Zwang und Behandlungsmotivation und kamen zu dem Schluss, dass justizieller Zwang die Veränderungsbereitschaft erhöhen und damit den Behandlungserfolg verbessern würde.

Schaub et al. (2010) haben in einer Studie zwischen „freiwilligen“ Drogenabhängigen und jenen, die sich in „Therapie statt Strafe“ befinden, die Therapieerfolge in fünf europäischen Ländern verglichen. Die Teilnehmer wurden unter anderem mit der VSS (englische Version) befragt. Bei beiden Gruppen, der „Therapie statt Strafe“ Gruppe sowie der Kontrollgruppe, konnte eine Reduktion des Substanzgebrauchs sowie Verringerung der Kriminalität über die Zeit festgestellt werden, und zwar in gleichem Ausmaß. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass trotz des Stigmas der fehlenden Behandlungsmotivation bei Klienten im Programm „Therapie statt Strafe“, diese den gleichen Therapieerfolg wie die Kontrollgruppe erzielt hat.

Weiters könnte dies bedeuten, dass auch wenn die Behandlungsmotivation zwischen den Gruppen zu Beginn der Behandlung eine Unterschiedliche ist (z.B. bei „Therapie statt Strafe“-Klienten die Haftstrafe nicht zu verbüßen, bzw. bei „Freiwilligen“ aufgrund des Leidensdrucks oder des Drucks der Familie), auf lange Sicht beide Gruppen einen Therapieerfolg erreichen. Anstatt zu Beginn einer psychologischen Behandlung die Frage der Behandlungsmotivation zu stellen, wäre es somit wichtiger zu analysieren, wie die Behandlungsmotivation aussieht. Für die Behandelnden würde dies bedeuten, die Klienten dort abzuholen und entsprechend mit dem Klienten Behandlungsmotivation aufzubauen bzw. zu intervenieren.

Im Zusammenhang mit dem Transtheoretischen Modell hat sich das „Motivational Interviewing“, ein Gesprächsstil, etabliert. Es sollte bei Patienten eingesetzt werden, deren Veränderungsbereitschaft gering ist, bzw. das Problemverhalten sehr ausgeprägt ist. Das „Motivational Interviewing“ ist zugleich eine Sinneshaltung und therapeutische Strategie. Hierbei wird angenommen, dass Motivation keine intrapersonelle Eigenschaft ist, sondern ein interpersoneller Prozess. In der Interaktion mit dem Klienten soll die Motivation erarbeitet werden. Dabei kann die Motivation einer Person intraindividuell über Zeit und verschiedene Situationen variieren. Generell ist die Motivation beeinflussbar (Miller und Rollnick, 2004).

4. Fragestellungen

4.1. Forschungsfrage 1: Annäherungs- bzw. Vermeidungsmotivation

Dollard und Miller (1950) haben in ihrem Modell postuliert, dass die Aufsuchetendenz gegenüber der Meidetendenz überwiegen muss, um für eine Therapie bereit zu sein. Da es bisher keine Untersuchungen dazu gibt, ob sich bei suchtabhängigen Klienten, die aufgrund einer Weisung des Gerichtes eine Therapie beginnen, die Aufsuchetendenz und die Meidetendenz im Gegensatz zu suchtabhängigen Klienten, die sich aufgrund anderer Motive einer ambulanten Behandlung unterziehen, unterscheidet, scheint es interessant, dies zu untersuchen.

Unterscheiden sich suchtabhängige Klienten mit richterlicher Weisung im Programm „Therapie statt Strafe“ signifikant in den Ausprägungen der Annäherungs- bzw. Vermeidungsmotivation zu suchtabhängigen Klienten die keine richterliche Weisung haben (jeweils zum Behandlungsbeginn) signifikant?

4.2. Forschungsfrage 2: Veränderungsstadien

Das transtheoretische Modell (Prochaska & DiClemente, 1982) postuliert, dass Klienten erst dann eine Behandlung beginnen, wenn sie sich in der Handlungsphase, also einem höheren Stadium der Motivation, befinden. Die Studie von Gütlich, Heidenreich und Hoyer (1998) zeigte, dass Personen im Maßregelvollzug eher Einstellungen aufweisen, die der Phase der Absichtslosigkeit zuzuordnen sind. Die zweite Forschungsfrage bezieht sich nun auf die Veränderungsstadien des transtheoretischen Modells. Es wird untersucht, in welchem Stadium der Veränderung sich die suchtabhängigen Klienten mit richterlicher Weisung bei Therapiebeginn befinden.

Gibt es einen signifikanten Unterschied bezüglich des Veränderungsstadiums in dem sich suchtabhängige Klienten mit richterlicher Weisung im Programm „Therapie statt Strafe“ zum Behandlungsbeginn befinden im Vergleich zu suchtabhängigen Klienten die keine richterliche Weisung haben?

4.3. Forschungsfrage 3: Die emotionale Befindlichkeit

Eine weitere Forschungsfrage in dieser Arbeit bezieht sich auf die emotionale Befindlichkeit, der suchtabhängigen Klienten. Nach Schröder und Petry (2003) haben Inkompetenzen der Emotionsregulation einen zentralen Stellenwert bei der Suchtgenese. Pekrun (1987) hat betont, dass die Einflüsse von Emotionen auf motivationale Systeme bisher nicht ausreichend untersucht wurden. Elliot und Mitarbeiter (1997, zitiert nach Grosse Holtforth & Grawe, 2002) fanden heraus, dass Personen, die eher Vermeidungsziele als Annäherungsziele wählten, höhere Neurotizismuswerte aufweisen. Freud (1905) hielt eine psychoanalytische Behandlung nicht für anwendbar bei Patienten, die sich nicht selbst aufgrund ihres Leidens in Therapie begeben. Laut Gegenhuber et al. (2009) scheint der Leidensdruck bei der Entscheidung eine Behandlung zu beginnen eine größere Rolle zu spielen als Zwang aus einer externen Quelle, z.B. einer gerichtlichen Therapieauflage.

Gibt es einen signifikanten Unterschied bezüglich der emotionalen Befindlichkeit suchtabhängiger Klienten mit richterlicher Weisung im Programm „Therapie statt Strafe“ zum Behandlungsbeginn im Vergleich zu suchtabhängigen Klienten die keine richterliche Weisung haben?

4.4. Klinische Relevanz der Untersuchung

Diese Untersuchung soll weitere Aufschlüsse zur Optimierung des Therapieverlaufs geben. Dabei könnten „Therapie statt Strafe-Klienten“ spezifisch auf die Behandlung vorbereitet werden, oder Behandlungsangebote spezifisch angepasst werden. Bei einer erkennbaren einheitlichen Lage des Veränderungsstadiums, der Emotionslage und der Therapiemotivation (im Sinne von Annäherungs- und Vermeidungsschemata) bei „Therapie statt Strafe-Klienten“ können Therapeuten mit entsprechenden Motivationsaufgaben die Therapiemotivation fördern und so einem Therapieabbruch möglicherweise entgegenwirken.

5. Methode

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine quasiexperimentelle Querschnittstudie, die die motivationalen Schemata, das Veränderungsstadium und die emotionale Befindlichkeit von Klienten die eine Therapie im Programm „Therapie statt Strafe“ absolvieren im Vergleich zu suchtabhängigen Klienten, die aus anderen Gründen die Suchttherapiestelle aufsuchen und keine richterliche Weisung haben, untersucht. Dabei wurden die Erhebungsinstrumente den Studienteilnehmern einmal vorgelegt, nämlich zum Beginn der Therapie. Die Teilnehmer wurden jeweils an ihrem ersten Therapietermin, d.h. am ersten Termin nach ihrem Erstgespräch befragt. Im Folgenden werden die Stichprobe, das Studiendesign und die Erhebungsinstrumente genauer beschrieben.

5.1. Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus 61 Klienten des Vereins P.A.S.S in Wien, eine nach dem § 15 Suchtmittelgesetz anerkannte Suchtbehandlungseinrichtung. Die Stichprobengröße umfasst Personen im Alter zwischen 21 und 57 Jahre (32 Klienten mit richterlicher Weisung = Versuchsgruppe, 29 Klienten ohne richterliche Weisung = Kontrollgruppe).

5.2. Einschlusskriterien

Volljährige Klienten mit einer Suchtmittelabhängigkeit, die eine Weisung vom Gericht für eine ambulante Psychotherapie erhalten haben, bzw. Klienten, die aus anderen Motiven die Suchttherapiestelle aufsuchen.

5.3. Ausschlusskriterien

Minderjährige Klienten, Klienten die zur Zeit der Befragung unter Drogeneinfluss stehen (ausgenommen Substitution), aggressives Verhalten zeigen oder nicht teilnehmen wollen, werden aus der Studie ausgeschlossen.

5.4. Studiendesign

Es wird eine quasiexperimentelle Querschnittstudie durchgeführt, wobei es einen Vergleich zwischen einer Versuchsgruppe und einer Kontrollgruppe gab. Die Versuchsgruppe besteht aus Klienten die im Programm „Therapie statt Strafe“, auf Weisung des Gerichts eine Psychotherapie beginnen. Die Kontrollgruppe besteht aus Klienten, die aus anderen Motiven die Suchttherapiestelle aufsuchen.

Die Datenerhebung erfolgte im Verein P.A.S.S. – Hilfe bei Suchtproblemen, in 1080 Wien. Der Zeitraum der Untersuchung streckte sich über zehn Monate von Juni 2010 bis März 2011. Jeder Studienteilnehmer bekam einen Probandencode, über den sich der jeweilige Teilnehmer den jeweiligen Fragebogen zuordnen ließ.

Klienten mit richterlicher Weisung (Versuchsgruppe), die einen Therapievertrag im Rahmen des Erstgesprächs unterzeichnen, besuchen in weiterer Folge eine Vorbetreuungsgruppe, solange bis ein Einzeltherapeut für den jeweiligen Klienten zugeordnet wird und die Einzelpsychotherapie stattfindet. Im Rahmen dieser Vorbetreuungsgruppe konnte den Klienten der Versuchsgruppe, die neu in diese Gruppe gekommen sind, der Fragebogen, meist in Gruppen vorgegeben werden. Klienten ohne richterliche Weisung (Kontrollgruppe) besuchen diese Vorbetreuungsgruppe nicht, da diese sofort zu einem zuständigen Einzeltherapeuten verwiesen werden, und dieser das Erstgespräch führt. In Kooperation mit den Therapeuten des Verein P.A.S.S. konnten nach dem Erstgespräch, die Fragebögen vorgegeben werden.

5.5. Erhebungsinstrumente

Soziodemographische Daten (Anamnesefragebogen des Verein Pass)

Die soziodemographischen Daten wurden durch den Anamnesefragebogen erfasst, der vom Verein P.A.S.S. beim Erstgespräch vorgegeben wird und konnten somit übernommen werden.

FAMOS - Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata

Der Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (Grosse Holtforth & Grawe, 2002) beruht auf der Grundlage der Konsistenztheorie von Grawe (1998), womit motivationale Ziele erfasst werden können. Im Fragebogen werden Annäherungsziele und Vermeidungsziele unterschieden. Nach Coats, Janoff-Bulman und Alpert (1996) sind Annäherungsziele definiert als positiv bewertete Ziele, die zu einer Bewegung auf sie zu motivieren. Vermeidungsziele definieren die Autoren hingegen als negativ bewertete Ziele, die zu einer Bewegung von ihnen weg motivieren. Nach Holtforth und Grawe besteht ein Zusammenhang von Zielen und Emotionen (Grosse Holtforth & Grawe, 2002). Nach Grawe (2004) wurde der Famos entwickelt, um die wichtigsten Vermeidungsziele der Patienten zu erfassen, um zum Therapiebeginn festzustellen, in welchen Bereichen der Patient besonders stark vermeidet und um das Therapieziel planen zu können.

Die Annäherungsziele betreffend gibt es 14 Skalen und 9 Skalen die sich auf Vermeidungsziele beziehen. Es besteht die Möglichkeit, drei zusätzliche zusammenfassende Werte zu berechnen.

Der Gesamtwert der Annäherungsziele durch die Mittelung der Skalenwerte aller Annäherungszielskalen (1-14) gibt Auskunft darüber, wie stark das bewusste Erleben des Probanden von den genannten Annäherungszielen bestimmt ist. Der Gesamtwert der Vermeidungsziele, errechnet durch die Mittelung der Skalenwerte aller Vermeidungszielskalen (15-23) gibt darüber Auskunft, wie stark das bewusste Erleben des Probanden von den genannten Vermeidungszielen bestimmt ist. Erreicht ein Proband hier hohe Werte, bedeutet dies aus verhaltenstheoretischer Sicht, dass die Person in ihrem bewussten Erleben offenbar stark an möglichen negativen Verstärkern orientiert ist. Darüber hinaus kann ein Verhältniswert errechnet werden, in dem man den Gesamtwert für Vermeidungsziele ins Verhältnis zu dem Gesamtwert der Annäherungsziele setzt. Der Verhältniswert sagt aus, wie stark das bewusste Erleben des Probanden eher von Vermeidungszielen dominiert ist im Gegensatz zu Annäherungszielen. Ist der Verhältniswert bei einer Person erhöht, nimmt die Person offenbar mehr Bedrohliches als Belohnendes wahr (Grosse Holtforth & Grawe, 2002).

Veränderungsstadienskala

Die Veränderungsstadien-Skala (Heidenreich, Fecht & Hoyer, 2001) erfasst die Veränderungsmotivation über die einzelnen Veränderungsstadien. Als Vorlage diente die amerikanische Originalversion „University of Rhode Island Change Assessment Scale“ (URICA) die von McConaughy et al. (1983, zitiert nach Heidenreich et al., 2001) zur Erfassung der „Stages of Change“ entwickelt worden ist. Dieser wurde von Heidenreich et al. (2001) vom Englischen ins Deutsche übersetzt und in einer Stichprobe von 165 alkoholabhängigen Patienten psychometrisch untersucht. Die daraus resultierende Veränderungsstadien-Skala ist ein dimensionales Fragebogeninstrument und umfasst 32 Items, welche auf einer fünfstufigen Ratingskala von 1 (überhaupt nicht zutreffend) bis 5 (sehr stark zutreffend) beantwortet werden müssen. Stangier (2004, zitiert nach Heidenreich et al., 2001) modifizierte diesen Fragebogen im Hinblick auf psychologische Beratung. Die faktorielle Bestimmung per Hauptkomponentenanalyse ergab vier Dimensionen, die den „Stages of Change“ Precontemplation (acht Items, $\alpha = .69$), Contemplation (acht Items, $\alpha = .61$), Action (acht Items, $\alpha = .83$) und Maintenance (acht Items, $\alpha = .73$) entsprechen.

Somit konnte die Faktorenstruktur der URICA repliziert werden, da diese ebenfalls kein Preparation-Veränderungsstadium beinhaltet. Die Ergebnisse zur Konstruktvalidität sind in dieser Stichprobe noch unbefriedigend. Unbefriedigend sind ebenfalls die teils hohen Skaleninterkorrelationen, vor allem zwischen Contemplation und Action ($r = .62$).

Die Auswertung der VSS verläuft im Gegensatz zur URICA nicht über Veränderungsprofile, da die zugrundeliegende clusteranalytische Ermittlung sich als hoch inkonsistent erwiesen hat (Heidenreich, Hoyer & Fecht, 2001, zitiert nach Maurischat, 2001).

Die Autoren empfehlen, die Summenwerte der einzelnen Veränderungsstadien als kontinuierliche Prädiktoren zu verwenden. Eine distinkte Zuordnung zum Veränderungsstadium wird derzeit nicht befürwortet (Fecht et al., 1998, zitiert nach Maurischat 2001).

Emotionalitätsinventar EMI als Befindlichkeitsmaß

Das Emotionalitätsinventar (Ulrich & Ulrich, 1981) wurde zur Therapiekontrolle entwickelt, dass eine differenzierte Aussage über klinisch relevante emotionale Reaktionsklassen erlauben sollte. Die Skala enthält 70 Items, wobei die vorherrschenden Gefühle und Befindlichkeiten zwischen zwei Gegensätzlichen Eigenschaftsworten in einer sechsfachen Abstufungsmöglichkeit eingeschätzt werden. Die Skala beinhaltet sieben Bereiche des Befindens, der Stimmung oder der vorherrschenden Gefühle:

EMI-B I: „Ängstliches versus angstfreies Befinden“ mit 18 Items. Die Items zeigen mit „Unruhe, Zappeligkeit, Herzjagen, Hektik, Zittrigkeit, Spannung, Durcheinander und Starrheit“ emotionale Äquivalente vegetativer und motorischer Angstreaktionen auf, sowie kognitive Elemente wie „Furchtsamkeit und Todesängstlichkeit“.

EMI-B II: „Depressive versus frohe Stimmung“ mit 9 Items. Inhaltlich zeigt die Subskala eine reine Stimmungseinschätzung zwischen den Polen „bedrückt, deprimiert, traurig, weinerlich“ und „froh, heiter, freudig und hoffnungsvoll“ an.

EMI-B III: „Erschöpftes versus dynamisches Befinden“ mit 9 Items. Die neun Items der Subskala beschreiben die Pole eines „dynamischen, energievollen, aktiven“ versus eines „erschöpften, trägen, passiven und kraftlosen“ Befindens.

EMI-B IV: „Aggressive versus nachgiebige Stimmung“ mit 9 Items. Die Items der vierten Subskala decken inhaltlich die Stimmungspole „aggressive, zornige, feindliche“ versus „nachgiebige, friedliche und versöhnliche“ Stimmung ab.

EMI-B V: „Gehemmtes versus spontanes Befinden“ mit 9 Items. Die Items der fünften Subskala decken inhaltlich den Bereich eines „gehemmten, schüchternen, zurückhaltenden, verschlossenen“ versus eines „spontanen, freien, offenen und selbstbewussten“ Befindens ab.

EMI-B VI: „Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl“ mit 9 Items. Die sechste Subskala stellt inhaltlich den Bereich von „Verlassenheit, Bedrohung, Ausgeliefertsein, Unbeachtetheit und Hilflosigkeit“ versus „Geborgenheit, Umsorgtheit, dem Gefühl des Beachtet- und Benötigt-Werdens und von Souveränität“ dar.

EMI-B VII: „Gestörtes Allgemeinbefinden versus Wohlbefinden“ mit 18 Items. Inhaltlich definieren die 18 Items der siebten Subskala einen Bereich des Wohlbefindens („ausgeglichen, klar, entscheidungsfreudig, locker, gelöst, quicklebendig, unbefangen, stabil, ruhig, wohl“) und ungestörter, positiver Selbstwahrnehmung.

Die Retestkorrelationskoeffizienten des EMI-B sind für Ängstliches Befinden $r_{tt} = 0.71$, für depressive Stimmung $r_{tt} = 0.60$, für erschöpftes Befinden $r_{tt} = 0.67$, für gehemmtes Befinden $r_{tt} = 0.77$, für aggressive Stimmung $r_{tt} = 0.69$, für Verlassenheitsgefühl $r_{tt} = 0.51$. Die Ergebnisse scheinen im Hinblick auf den Anwendungsbereich für eine überwiegend ausreichende Testwiederholungszuverlässigkeit zu sprechen (Ulrich & Ulrich, 1981). Bezüglich der Validität liegen die Beziehungen zwischen den Skalen zwischen $r = .40$ und $r = .60$.

6. Hypothesen

- 1. a) Unterscheiden sich Versuchsgruppe und Kontrollgruppe signifikant in der Annäherungsmotivation zum Behandlungsbeginn, die mittels FAMOS (Gesamtwert der 14 Annäherungsskalen) erfragt wird?**

H0 (1): Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe im Gesamtwert der Annäherungsmotivation.

$$H0 (1): \mu_{VG} = \mu_{KG}$$

H1 (1): Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe im Gesamtwert der Annäherungsmotivation.

$$H1 (1): \mu_{VG} \neq \mu_{KG}$$

Erfassung mittels einfaktorieller Anova bzw. Welch-Test bei Heterogenität der Varianzen.

- 1. b) Unterscheiden sich Versuchsgruppe und Kontrollgruppe signifikant in der Vermeidungsmotivation, die mittels FAMOS (Gesamtwert der 9 Vermeidungsskalen) erfragt wird?**

H0 (1b): Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe im Gesamtwert der Vermeidungsmotivation.

$$H0 (2): \mu_{VG} = \mu_{KG}$$

H1 (1b): Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe im Gesamtwert der Vermeidungsmotivation.

$$H1 (2): \mu_{VG} \neq \mu_{KG}$$

Erfassung mittels einfaktorieller Anova bzw. Welch-Test bei Heterogenität der Varianzen.

2. In welchem Stadium der Veränderung nach dem Transtheoretischen Modell der Veränderung (Prochaska & DiClemente, 1982) befinden sich Versuchsgruppe und Kontrollgruppe zum Behandlungsbeginn, erfragt durch die Veränderungsstadienskala?

H0 (2): Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe bezüglich des Stadiums, in dem sie sich zum Behandlungsbeginn befinden, d. h. VG und KG befinden sich zum Behandlungsbeginn im selben Stadium.

$$H0 (2): \mu_{VG} = \mu_{KG}$$

H1 (2): Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe bezüglich des Stadiums, in dem sie sich zum Behandlungsbeginn befinden, d. h. VG und KG befinden sich zum Behandlungsbeginn in unterschiedlichen Stadien.

$$H1 (3): \mu_{VG} \neq \mu_{KG}$$

Erfassung mittels t-Test für unabhängige Stichproben.

3. Unterscheiden sich Versuchsgruppe und Kontrollgruppe signifikant in ihrem emotionalen Befinden, erfragt mittels EMI-B?

H0 (3a): Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe in der Skala I: „Ängstliches versus angstfreies Befinden“.

$$H0 (3a): \mu_{VG} = \mu_{KG}$$

H1 (3b): Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe in der Skala I: „Ängstliches versus angstfreies Befinden“.

$$H1 (3b): \mu_{VG} \neq \mu_{KG}$$

H0 (3c): Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe in der Skala II: „Depressive versus frohe Stimmung“.

$$H0 (3c): \mu_{VG} = \mu_{KG}$$

H1 (3c): Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe in der Skala II: „Depressive versus frohe Stimmung“.

$$H1 (3c): \mu_{VG} \neq \mu_{KG}$$

H0 (3d): Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe in der Skala III: „Erschöpftes versus dynamisches Befinden“

$$H0 (6): \mu_{VG} = \mu_{KG}$$

H1 (3d): Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe in der Skala III: „Erschöpftes versus dynamisches Befinden“

$$H1 (3d): \mu_{VG} \neq \mu_{KG}$$

H0 (3e): Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe in der Skala IV: „Aggressive versus nachgiebige Stimmung“

$$H0 (3e): \mu_{VG} = \mu_{KG}$$

H1 (3e): Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe in der Skala IV: „Aggressive versus nachgiebige Stimmung“

$$H1 (3e): \mu_{VG} \neq \mu_{KG}$$

H0 (3f): Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe in der Skala V: „Gehemmtes versus spontanes Befinden“

$$H0 (3f): \mu_{VG} = \mu_{KG}$$

H1 (3f): Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe in der Skala V: „Gehemmtes versus spontanes Befinden“

$$H1 (3f): \mu_{VG} \neq \mu_{KG}$$

H0 (3g): Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe in der Skala VI: „Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl“

$$H0 (3g): \mu_{VG} = \mu_{KG}$$

H1 (3g): Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe in der Skala VI: „Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl“

$$H1 (3g): \mu_{VG} \neq \mu_{KG}$$

H0 (3h): Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe in der Skala VII: „Gestörtes Allgemeinbefinden versus Wohlbefinden“

$$H0 (3h): \mu_{VG} = \mu_{KG}$$

H1 (3h): Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe in der Skala VII: „Gestörtes Allgemeinbefinden versus Wohlbefinden“

$$H1 (3h): \mu_{VG} \neq \mu_{KG}$$

Erfassung mittels multivariater Kovarianzanalyse (MANCOVA).

7. Auswertung

Die deskriptive und inferenzstatistische Auswertung wurde mittels SPSS Version 17.0 durchgeführt. Das Signifikanzniveau wird mit $p < .05$ festgelegt, d.h. Ergebnisse die unter diesem Wert liegen, werden als signifikant angenommen, die Wahrscheinlichkeit dass die Nullhypothese fälschlicherweise abgelehnt wird, ist somit kleiner als 5 %.

Die Verfahren, welche bei der statistischen Datenanalyse eingesetzt wurden (Bortz & Döring, 2006) sind im anschließenden Ergebnisteil angeführt.

7.1. Verfahren zur Überprüfung der Voraussetzungen

Diese dienen zur Überprüfung, ob die jeweiligen Voraussetzungen der eingesetzten Auswertungsverfahren gegeben sind.

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

Dieser überprüft die Nullhypothese, ob sich die beobachteten Daten nicht von einer Normalverteilung unterscheiden, das heißt, ob die Verteilung der Daten aus einer Stichprobe mit der Populationsverteilung konform ist. Fällt das Ergebnis signifikant aus, so kann von einer Normalverteilung der Daten ausgegangen werden. Bei einem signifikanten Ergebnis müssen in der Folge parameterfrei Verfahren verwendet werden.

Levene-Test

Der Levene-Test dient zur Überprüfung homogener Varianzen in verschiedenen Stichproben. Bei einem nicht signifikanten Ergebnis kann Homogenität der Varianzen angenommen werden.

Box-M-Test

Der Box-M-Test überprüft, ob die Kovarianzmatrizen der abhängigen Variablen über die Stichproben gleich sind. Ein signifikantes Ergebnis deutet auf die Inhomogenität der Kovarianzmatrizen hin.

7.2. Verfahren zur Überprüfung der Hypothesen

Folgende Auswertungsverfahren kommen in dieser Studie zum Einsatz.

t – Test für unabhängige Stichproben

Der t-Test dient zur inferenzstatistischen Prüfung des Unterschiedes zweier Stichprobenmittelwerte. Es können zwei voneinander unabhängige Stichproben aus zwei verschiedenen Populationen miteinander verglichen werden. Dabei wird getestet, ob die Mittelwertdifferenz zwischen den beiden Gruppen signifikant ausfällt. Der t-Test ist unter Voraussetzung der Normalverteilung der Daten, der Homogenität der Varianzen und bei zumindest Intervallskalenniveau der Daten zu verwenden.

Univariate ANOVA

Die Varianzanalyse (ANOVA) dient zur Überprüfung von Mittelwertsunterschieden zwischen Gruppen. Bei der univariaten Varianzanalyse werden beliebig viele unabhängige Variablen bzw. Gruppen im Hinblick auf nur eine abhängige Variable untersucht.

MANCOVA

Bei der multivariaten Kovarianzanalyse (MANCOVA) werden simultan mehrere abhängige Variablen überprüft, wobei die Beeinflussung einer abhängigen Variable durch personengebundene Störvariablen auf rechnerische Weise mit Hilfe der Kovarianzanalyse kontrolliert werden kann.

7.3. Soziodemographische Daten

In dieser Studie wurden insgesamt **61 Personen** untersucht, davon waren 40 Männer und 21 Frauen. In der Versuchsgruppe befanden sich insgesamt 32 Personen mit richterlicher Weisung zu einer Therapie, davon 25 männliche und sieben weibliche. In der Kontrollgruppe befanden sich 29 Personen ohne richterliche Weisung, die aus anderen Motiven eine Therapie in Anspruch nehmen, nämlich 15 Männer und 14 Frauen. Es kann ein Verteilungsunterschied in der Gruppenzugehörigkeit in Abhängigkeit vom Geschlecht angenommen werden. Die Berechnung der entsprechenden Prüfgröße ergibt mit $\chi^2 (1) = 4.679$ und $p = .030$ ein signifikantes Ergebnis.

Das **durchschnittliche Lebensalter** der Gesamtstichprobe beträgt **33,21**. Das Durchschnittsalter der Versuchsgruppe beträgt 30,59 Jahre, das der Kontrollgruppe 36,10 Jahre. Zur Berechnung ob der Altersunterschied zwischen den Gruppen signifikant ist, wird ein t-Test für unabhängige Stichproben berechnet.

Die Homogenität der Varianzen kann nicht angenommen werden ($p = .004$). Der Altersunterschied zwischen den Gruppen fällt signifikant mit $t(48.716) = -2.420$; $p = .019$ aus; die Berechnung der entsprechenden standardisierten Effektgröße ergibt mit $d = 0.64$ den Hinweis auf einen mittelgroßen Unterschied.

53 Personen (86,9 %) der Gesamtstichprobe besitzen die österreichische Staatsbürgerschaft, 3 Personen (4,9 %) sind Staatsbürger anderer EU-Länder und 5 Personen (8,2 %) sind Staatsangehörige von nicht EU-Ländern.

Die Stadt Wien stellt für 53 Personen (86,9 %) den Lebensmittelpunkt dar, für drei Personen (4,9 %) das Bundesland Niederösterreich und für fünf Personen (8,2 %) ist das Burgenland der Lebensmittelpunkt.

47 Personen (77 %) haben eine Drogenproblematik, 20 Personen (32,8 %) leiden unter eine Alkoholproblematik, vier Personen haben zusätzlich zur Drogen- bzw. Alkoholproblematik eine Medikamentenproblematik. 18 von 61 Klienten sind substituiert, 43 Klienten erhalten keine Substitution, d. h. knapp 30 % der Gesamtstichprobe befindet sich in einer Substitutionsbehandlung.

Im Rahmen der Erhebung der soziodemographischen Daten wurde die Leitdroge der Klienten erhoben, diese werden in Abb. 1 dargestellt. Die Leitdroge die am häufigsten in der Gesamtstichprobe angegeben wurde war Heroin mit knapp 41 %. Alkohol stellt die am zweithäufigst angegebene konsumierte Substanz dar, gefolgt von Kokain und Cannabis mit 9,84 %, weiters Substitutionsmittel mit 8,20 % und Amphetamine mit 4,92 %.

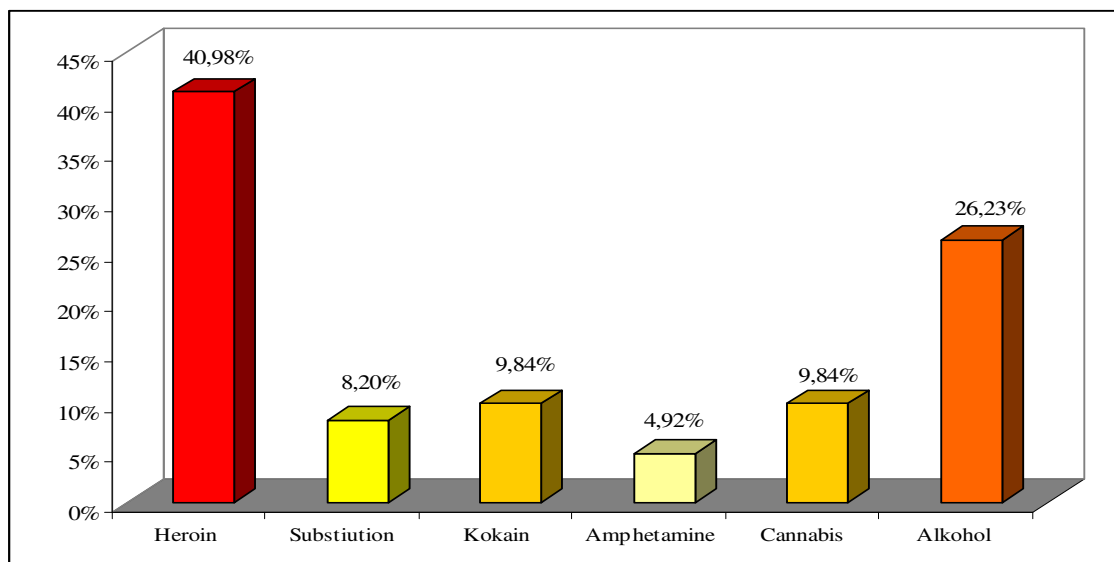


Abbildung 1: Leitdroge (Gesamtstichprobe)

Die Leitdroge wurde im speziellen noch getrennt nach den Gruppen betrachtet, wie es in Abbildung 2 und 3 ersichtlich ist. In der **Versuchsgruppe** konsumiert knapp **57 % Heroin als Leitdroge**. Die am zweithäufigsten konsumierten Leitdrogen in der Versuchsgruppe sind Substitutionsmittel, Kokain und Cannabis mit jeweils 12,5 %. 6,3 % Personen der Versuchsgruppe geben Amphetamine als Leitdroge an. Die am meist konsumierte **Leitdroge** in der **Kontrollgruppe** hingegen ist **Alkohol mit 55,2 %**, gefolgt von Heroin mit 24,1 %, Cannabis und Kokain mit jeweils 6,9 % und Substitutionsmittel und Amphetamine mit jeweils 3,4 %. Aus diesen Daten ist ersichtlich, dass in der Versuchsgruppe Heroin die am meisten angegebene Leitdroge ist, wohingegen in der Kontrollgruppe Alkohol am häufigsten als Leitdroge angegeben wird, jedoch Heroin an gleich an zweiter Stelle steht. Auffallend ist, dass in der Versuchsgruppe keine einzige Person Alkohol als Leitdroge angibt.

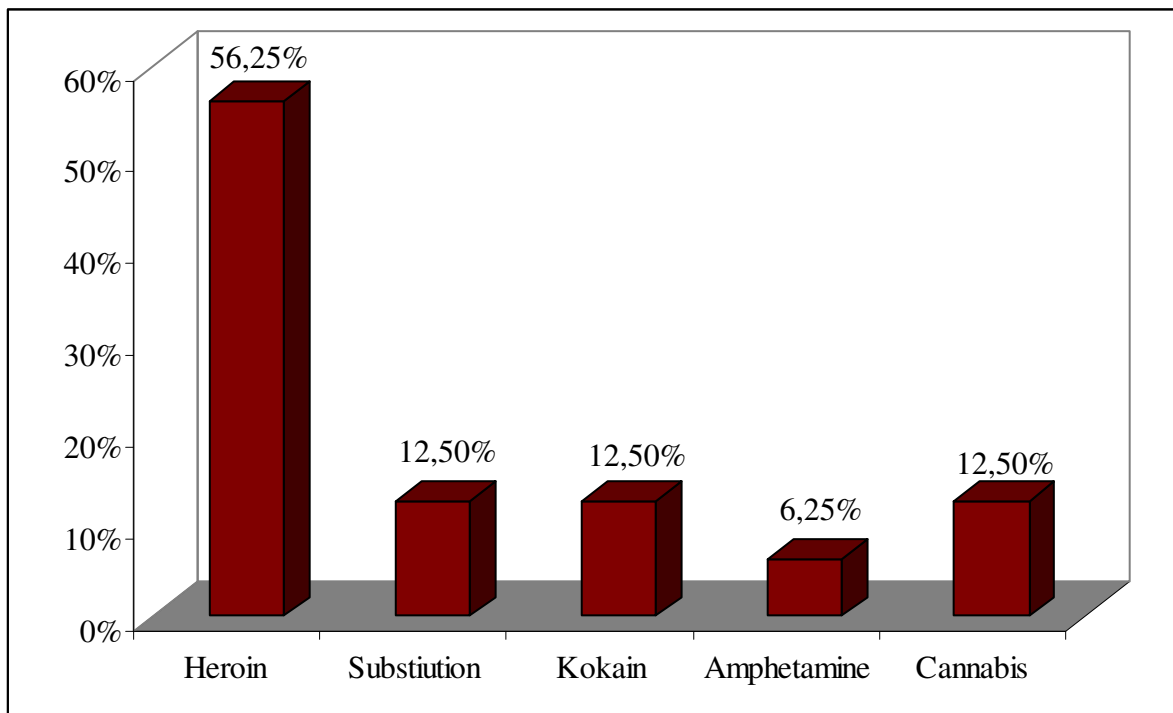


Abbildung 2: Leitdroge (Versuchsgruppe)

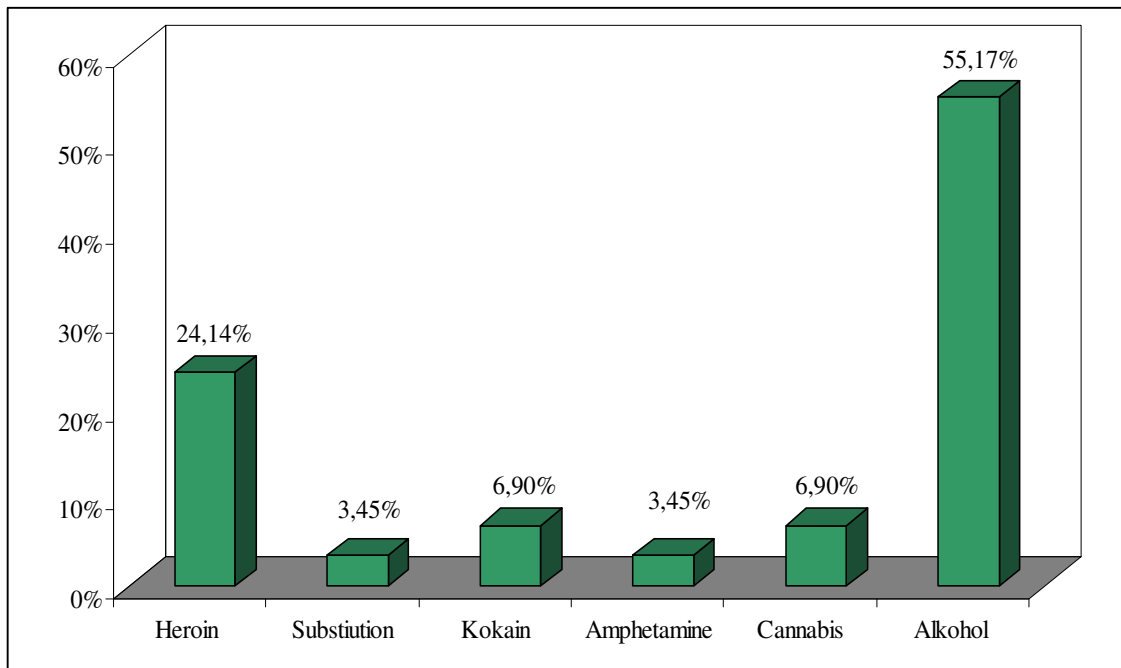


Abbildung 3: Leitdroge (Kontrollgruppe)

43 Personen (70,5 %) haben bereits vor der aktuellen Therapie Drogenhilfe (stationär, ambulant, kurzfristiger Kontakt oder niederschwellig) **in Anspruch genommen**, 18 Personen (29,5 %) haben noch nie eine Art von Drogenhilfe in Anspruch genommen.

32 Personen, nämlich jene die der Versuchsgruppe angehören, haben eine Weisung bzw. Auflage vom Gericht eine Therapie durchzuführen, wobei das Gericht die Kosten für die Therapie trägt. Der Hauptanstoß der Kontaktaufnahme zum Verein P.A.S.S. bei der Versuchsgruppe stellt das Gericht dar. Die Kosten für die 29 Personen der Kontrollgruppe trägt zur Gänze die zuständige Krankenkasse. 21 der 29 Personen (72,4 %) geben an, aus eigener Initiative den Kontakt zum Verein P.A.S.S. hergestellt zu haben, wohingegen für fünf Personen (17,2 %) die Familie bzw. Freunde der Hauptanstoß zur Kontaktaufnahme war und bei drei Personen (10,3 %) die Überweisung durch ein Krankenhaus oder eine andere Einrichtung. Die Daten werden in Abbildung 4 veranschaulicht.

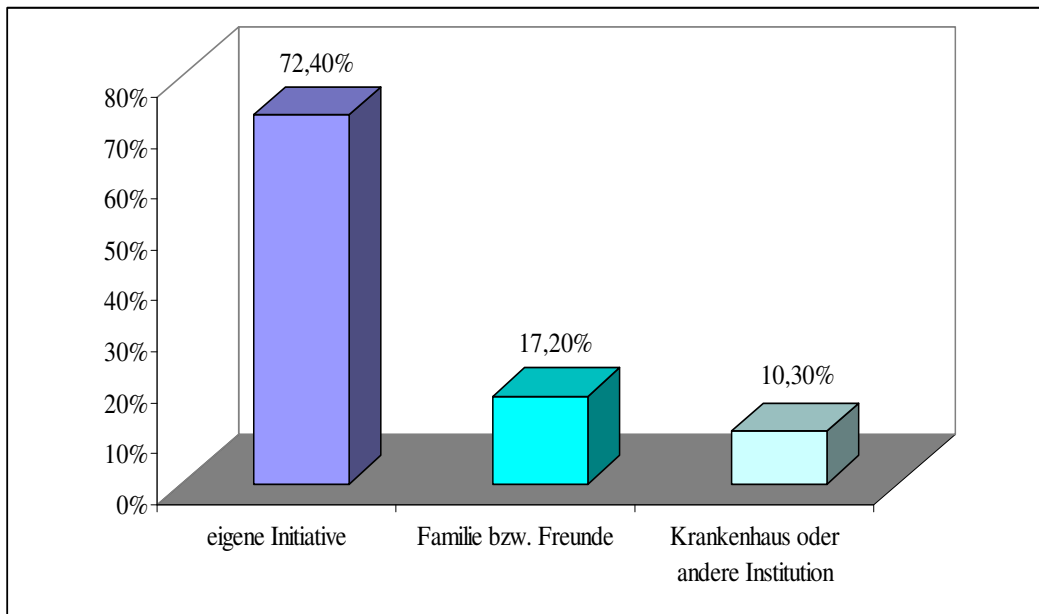


Abbildung 4: Hauptanstoß zur Kontaktaufnahme (Kontrollgruppe)

49 Personen (80,3 %) der Gesamtstichprobe sind ledig, 5 Personen (8,2 %) sind verheiratet und 7 Personen (11,5 %) geschieden.

Bezüglich der Wohnsituation leben 34 Personen (55,7 %) alleine in einer eigenen Wohnung, 17 Personen (27,9 %) leben mit dem Partner zusammen, 8 Personen (13,1 %) bei der Familie und 2 Personen in betreuten Wohnhäusern (3,3 %).

20 Personen der Gesamtstichprobe sind **erwerbstätig**, 41 Personen sind nicht erwerbstätig. 35 Personen haben Vorstrafen, 26 Personen haben keine Vorstrafe. 26 Personen waren schon mind. einmal in Haft, 35 Personen waren noch nie in Haft.

Von den 61 Personen der Gesamtstichprobe haben 25 Personen (41 %) die Pflichtschule als höchsten Schulabschluss angegeben, **27 Personen (44,3 %) haben eine Lehrabschlussprüfung**, fünf Personen (8,2 %) haben die Matura und vier Personen (6,6 %) haben einen Universitäts- bzw. FH-Abschluss, wobei die letzteren ausschließlich der Kontrollgruppe angehören. Der höchste Schulabschluss aufgesplittet in Versuchs- und Kontrollgruppe, ist in Abbildung 5 und 6 ersichtlich.

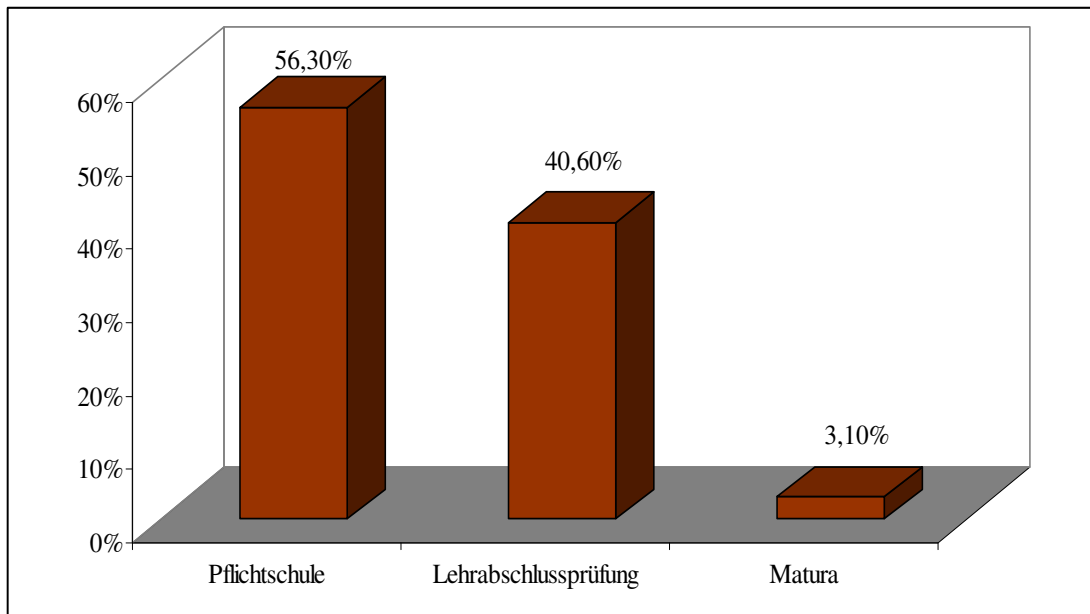


Abbildung 5: Höchster Schulabschluss (Versuchsgruppe)

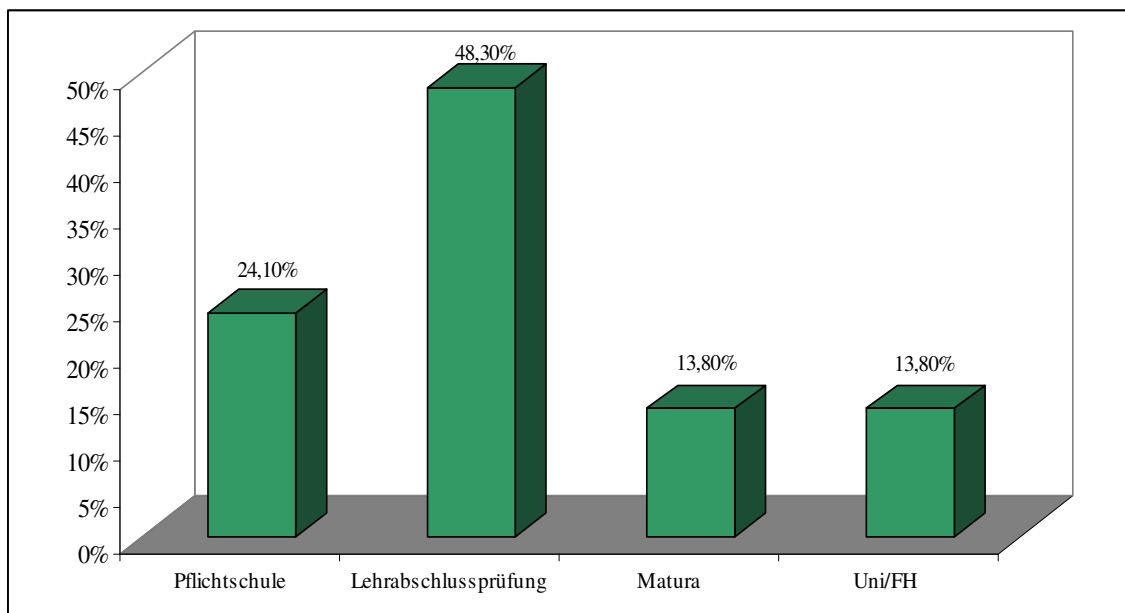


Abbildung 6: Höchster Schulabschluss (Kontrollgruppe)

7.4. *Motivationale Schemata*

Vor der Auswertung der motivationalen Schemata bei den jeweiligen Gruppen, wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Für die 14 Annäherungsskalen ergibt das Cronbach Alpha einen Wert von .846 bei $N = 61$. Alle Itemtrennschärfen liegen über .3. Das Cronbach Alpha für die neun Vermeidungsskalen beträgt .802. Bezüglich der Itemtrennschärfe liegen bis auf zwei Items alle über .3. Die Normalverteilung mittels K-S fällt für die Versuchsgruppe, die Kontrollgruppe, die Annäherungsziele und die Vermeidungsziele nicht signifikant aus, d.h. die Normalverteilung ist gegeben.

Zunächst wurde die Normalverteilung mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest überprüft. Die Normalverteilung der Daten je Gruppe kann angenommen werden, $p \geq .280$.

Weiters wurde eine multivariate Anova gerechnet, mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und die abhängigen Variablen Gesamtwert der Annäherungsskalen und Gesamtwert der Vermeidungsziele. Die Voraussetzung der Intervallskala ist aufgrund des standardisierten Fragebogens gegeben. Der Box-Test fiel jedoch signifikant aus, weshalb in Folge zwei Mal eine univariate Anova gerechnet wurde, jeweils für die Annäherungsskalen und die Vermeidungsskalen.

Zuerst wird die einfaktorielle Anova mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und der abhängigen Variable Gesamtwert der Annäherungsskalen beschrieben. Die Homogenität der Varianzen war signifikant mit $p = .014$, d. h. die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen ist verletzt. Zur weiteren Interpretation wurde ein robustes Testverfahren zur Prüfung auf Gleichheit der Mittelwerte, der Welch-Test herangezogen. Das nicht signifikante Ergebnis zeigte mit $F(1, 40.289) = 0.451$, $p = .506$, dass man bei den Gruppen keinen Unterschied annehmen kann, und daher die H_0 bleibt.

Weiters wurde die einfaktorielle Anova mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und der abhängigen Variable Gesamtwert der Vermeidungsziele durchgeführt. Aufgrund des Levene-Tests konnte die Homogenität der Varianzen angenommen werden mit dem signifikanten $p = .474$. Hier konnte ebenfalls ein nicht signifikantes Ergebnis angenommen werden, mit $F(1, 59) = 0.972$; $p = .328$. Es kann somit angenommen werden, dass es auch in Bezug auf die Vermeidungsmotivation, keine signifikanten Unterschiede zwischen den zwei Gruppen gibt.

7.5. Veränderungsstadien

Um die Zuverlässigkeit der VSS-Skalen zu überprüfen, wird jeweils die untere Schranke der Reliabilität mittels Cronbach's Alpha ermittelt. Die Skala Precontemplation weist im Gegensatz zu den anderen drei Skalen eine geringere Konsistenz auf.

Skala	Itemanzahl	Cronbach's Alpha	n
Precontemplation	8	.574	60
Contemplation	8	.836	60
Action	8	.882	59
Maintenance	8	.890	60

Tabelle 1: Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbach's Alpha der VSS-Skalen

Bei der Veränderungsstadienskala wurden vier Gesamtwerte berechnet, für die Stadien Precontemplation, Contemplation, Action und Maintenance. Für jede Skala, die über acht Items verfügt, wurde der Mittelwert berechnet. Bei der Betrachtung der Deskriptivstatistik der vier Skalen konnte festgestellt werden, dass sich die höchste Ausprägung mit einem Mittelwert von 3,58 bei der Versuchsgruppe im Stadium Action zeigt, während sich die höchste Ausprägung mit dem Mittelwert von 4,03 der Kontrollgruppe im Stadium der Contemplation abbildet. Die Kennwerte der Veränderungsstadienskalen für die Versuchsgruppe und die Kontrollgruppe sind im Folgenden tabellarisch dargestellt (Tabelle 2 und 3).

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Minimum	Maximum
Precontemplation	1,87	0,48	1,13	2,88
Contemplation	3,51	0,91	2,00	5,00
Action	3,58	0,89	2,00	5,00
Maintenance	2,83	1,13	1,00	4,80

Tabelle 2: Kennwerte (Mittelwert, Standardabweichung) Versuchsgruppe

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Minimum	Maximum
Precontemplation	1,57	0,53	1,00	3,25
Contemplation	4,03	0,55	2,88	5,00
Action	3,77	0,75	2,25	5,00
Maintenance	3,38	0,81	2,00	4,75

Tabelle 3: Kennwerte (Mittelwert, Standardabweichung) Kontrollgruppe

Die Autoren empfehlen, die Summenwerte der einzelnen Veränderungsstadien als kontinuierliche Prädiktoren zu verwenden. Eine distinkte Zuordnung zum Veränderungsstadium wird derzeit nicht befürwortet (Fecht et al., 1998, zitiert nach Maurischat 2001). Da es sich bei der gegenständlichen Untersuchung um eine Querschnittstudie handelt, wird dennoch genauer analysiert, wie viele Personen sich jeweils in den vier Stadien befinden (für jede Gruppe einzeln betrachtet).

In der Versuchsgruppe befinden sich zum Untersuchungszeitpunkt von 32 Personen lediglich zwei Personen in der Phase der Absichtslosigkeit (Precontemplation) und zwei Personen in der Phase der Aufrechterhaltung (Maintenance). Sechs Personen befinden sich in der Phase der Absichtsbildung (Contemplation) und **19 Personen in der Handlungsphase (Action)**. Interessant ist, dass eine Person angibt, sich sowohl in der Phase der Absichtsbildung als auch im Handlungsstadium zu befinden. Weiters geben zwei Personen an, sich gleichzeitig in der Phase der Absichtsbildung als auch in der Aufrechterhaltungsphase zu befinden.

Niemand der 29 Personen in der Kontrollgruppe gibt an, sich in der Phase der Absichtslosigkeit zu befinden. Dahingegen geben **15 Personen** an, sich in der **Phase der Absichtsbildung** zu befinden. Sieben Personen geben an, sich im Handlungsstadium zu befinden und drei Personen in der Aufrechterhaltungsphase. Auch in der Kontrollgruppe fällt auf, dass einige Personen angeben, sich in zwei Stadien gleichzeitig zu befinden. Drei Personen befinden sich gleichzeitig in der Phase der Absichtsbildung und im Handlungsstadium, eine Person gleichzeitig in der Phase der Absichtsbildung und Aufrechterhaltungsphase und eine Person gleichzeitig im Handlungsstadium und in der Aufrechterhaltungsphase.

In der Versuchsgruppe befinden sich die meisten Personen (19) im Handlungsstadium, wohingegen sich in der Kontrollgruppe die Mehrheit der Personen (15) in der Phase der Absichtsbildung befindet.

Um die Unterschiede in Contemplation und Action in Abhängigkeit der Gruppenzugehörigkeit zu prüfen, werden jeweils t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet. Um einer fälschlichen Übernahme der Alternativhypothese entgegenzuwirken, ist in diesem Fall eine Korrektur des Alpha-Fehlers nach Bonferroni durchzuführen. Diese ergibt für $\text{Alpha}^* = 1 - (1-0.05)^{\frac{1}{2}} = .0253$.

Contemplation: Die Berechnung der entsprechenden Prüfgröße (Varianzhomogenität kann nicht angenommen werden, $p = .001$) ergibt mit $t(51.714) = -2.733$, $p = .009$ ein signifikantes Ergebnis. Es kann angenommen werden, dass die Kontrollgruppe den höheren Contemplation-Wert aufweist.

Action: Die Berechnung der Prüfgröße (Varianzhomogenität kann angenommen werden, $p = .384$) ergibt mit $t(59) = -0.926$, $p = .358$ ein nicht signifikantes Ergebnis. Es kann kein Unterschied im Bereich Action zwischen den zwei Gruppen beobachtet werden.

Zusammenfassend kann man sagen, die Kontrollgruppe befindet sich im Vergleich zur Versuchsgruppe signifikant im Stadium der Absichtsbildung. Die Versuchsgruppe zeigt den höchsten Wert im Action Stadium, dieser Mittelwert unterscheidet sich jedoch nicht signifikant zu dem der Kontrollgruppe.

Emotionalität als Befindlichkeitsmaß

Zuerst wurde eine Reliabilitätsanalyse für alle sieben Skalen des EMI-B durchgeführt, wobei sich zeigte, dass das Chronbach Alpha bei allen Skalen über .8 liegt. Die Trennschärfen lagen bei sechs Skalen über .5, bei der Skala VI: „Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl“ lag die Trennschärfe bei .288.

Bei der Berechnung der Daten des EMI-B wurde das Geschlecht als Kovariate berücksichtigt, weshalb eine einfaktorielle MANCOVA gerechnet wurde. Der Box-Test fiel nicht signifikant aus, somit konnte die Homogenität der Varianzen angenommen werden. Es zeigte sich, dass alle sieben Skalen signifikant waren bis auf die Skala VI: „Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl“. Somit kann die H1 für die Skalen I bis V und Skala VII angenommen werden und die H0 wird verworfen. Bei diesen Skalen gibt es signifikante Unterschiede zwischen den zwei Gruppen in der emotionalen Befindlichkeit, wobei die Kontrollgruppe höhere Werte aufweist. Bei der Skala VI: „Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl“ konnte aufgrund des nicht signifikanten Unterschiedes, kein Unterschied angenommen werden, somit bleibt die H0. Das Geschlecht steht in keinem Zusammenhang zu den EMI-B – Scores, somit kann das Geschlecht als Störvariable ausgeschlossen werden.

Tests der Zwischensubjekteffekte

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	äwab_msc	15,345 ^a	2	7,672	9,771	,000	,252
	dvf_msc	10,242 ^b	2	5,121	5,408	,007	,157
	evd_msc	8,724 ^c	2	4,362	3,204	,048	,099
	avn_msc	5,554 ^d	2	2,777	3,084	,053	,096
	gvs_msc	5,821 ^e	2	2,910	3,150	,050	,098
	vvg_msc	2,249 ^f	2	1,124	1,196	,310	,040
	gavw_msc	10,665 ^g	2	5,332	6,122	,004	,174
sex	äwab_msc	1,031	1	1,031	1,313	,257	,022
	dvf_msc	1,704	1	1,704	1,799	,185	,030
	evd_msc	,262	1	,262	,193	,662	,003
	avn_msc	,200	1	,200	,222	,639	,004
	gvs_msc	,314	1	,314	,340	,562	,006
	vvg_msc	,336	1	,336	,358	,552	,006
	gavw_msc	1,149	1	1,149	1,319	,255	,022

a. R-Quadrat = ,252 (korrigiertes R-Quadrat = ,226)

b. R-Quadrat = ,157 (korrigiertes R-Quadrat = ,128)

c. R-Quadrat = ,099 (korrigiertes R-Quadrat = ,068)

d. R-Quadrat = ,096 (korrigiertes R-Quadrat = ,065)

e. R-Quadrat = ,098 (korrigiertes R-Quadrat = ,067)

f. R-Quadrat = ,040 (korrigiertes R-Quadrat = ,006)

g. R-Quadrat = ,174 (korrigiertes R-Quadrat = ,146)

Tabelle 4: Tests der Zwischensubjekteffekte

Gruppenzugehörigkeit					
Abhängige Variable	Gruppenzugehörigkeit	Mittelwert	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
ävab_msc	Versuchsgruppe	2,857 ^a	,160	2,537	3,177
	Kontrollgruppe	3,752 ^a	,168	3,415	4,088
dvf_msc	Versuchsgruppe	2,806 ^a	,175	2,455	3,157
	Kontrollgruppe	3,459 ^a	,185	3,089	3,828
evd_msc	Versuchsgruppe	3,042 ^a	,210	2,621	3,463
	Kontrollgruppe	3,750 ^a	,221	3,307	4,193
avn_msc	Versuchsgruppe	2,603 ^a	,171	2,260	2,945
	Kontrollgruppe	3,163 ^a	,180	2,802	3,523
gvs_msc	Versuchsgruppe	3,169 ^a	,173	2,822	3,516
	Kontrollgruppe	3,729 ^a	,182	3,364	4,094
vvg_msc	Versuchsgruppe	3,003 ^a	,175	2,653	3,353
	Kontrollgruppe	3,315 ^a	,184	2,946	3,683
gavw_msc	Versuchsgruppe	2,942 ^a	,168	2,606	3,279
	Kontrollgruppe	3,654 ^a	,177	3,299	4,008

a. Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet: Geschlecht = 1,34.

Tabelle 5: Mittelwerte und Konfidenzintervalle der VG und KG der 7 Skalen des Emi-B

8. Diskussion

8.1. Interpretation der Ergebnisse

Zur Interpretation der Ergebnisse wird in der Reihenfolge vorgegangen, in der die Hypothesen ausgewertet wurden.

Zuerst wird auf die **soziodemographischen Daten** eingegangen. Das durchschnittliche Lebensalter der Gesamtstichprobe beträgt ca. 33 Jahre. Der Altersunterschied zwischen der Versuchsgruppe mit einem Durchschnitt von 30,59 Jahren und der Kontrollgruppe mit dem Altersdurchschnitt von 36,10 Jahren ist signifikant. Da die Studie eine quasiexperimentelle ist, konnten die Stichproben nicht randomisiert werden, und somit auch das Alter nicht konstant gehalten werden. Ersichtlich wird aus diesen Ergebnissen, dass die sogenannte Versuchsgruppe signifikant jünger ist, als die Kontrollgruppe. Erwähnenswert ist auch der Unterschied zwischen den zwei Gruppen bezüglich der Leitdrogen. Die am häufigsten angegebene Leitdroge in der Versuchsgruppe ist Heroin, wohingegen die Kontrollgruppe Alkohol am häufigsten als Leitdroge angibt. Auffallend ist, dass keine einzige Person in der Versuchsgruppe Alkohol als Leitdroge angibt. Ein weiterer Unterschied zwischen den Gruppen stellt die Bildung dar. Die Versuchsgruppe gibt am häufigsten den Pflichtschulabschluss als höchste abgeschlossene Schulbildung an, die Kontrollgruppe die Lehrabschlussprüfung. Weiters fällt auf, dass ausschließlich in der Kontrollgruppe vier Personen angeben einen UNI bzw. FH-Abschluss zu haben. Den Daten der gegenständlichen Untersuchung entsprechend gibt es Unterschiede zwischen den Gruppen, was das Durchschnittsalter, die Leitdroge und die Bildung betrifft. Die Versuchsgruppe ist signifikant jünger als die Kontrollgruppe, gibt Heroin als Leitdroge an und hat ein niedrigeres Bildungsniveau. Die Kontrollgruppe gibt Alkohol als Leitdroge an (die anderen Punkte ergeben sich logisch aus dem zuvor Beschriebenen). Aus den Daten lässt sich schließen, dass die Gruppe mit richterlicher Weisung jünger ist, einen niedrigeren Bildungsstatus hat und die Leitdroge eine illegale Droge ist, wobei diese mit dem Gesetz in Konflikt geraten ist und eine Auflage zu einer Therapie erhalten hat. Die Kontrollgruppe hingegen (die Klienten ohne richterliche Weisung), ist älter als die Versuchsgruppe, hat einen höheren Bildungsstatus und konsumiert am häufigsten eine legale Droge als Leitdroge, nämlich Alkohol. Diese Gruppe hat sich aus anderen Motiven in die Therapie begeben, unter anderem auch durch den Druck der Familie und den Freunden.

Bezüglich der **motivationalen Schemata** zeigte sich, dass es keinen signifikanten Unterschied in der Annäherungsmotivation sowie in der Vermeidungsmotivation zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe gibt. Gegenhuber, Werdenich und Kryspin-Exner (2009) führen an, dass besonders Klienten, die im Rahmen des Strafvollzuges bzw. als Alternative zu diesem eine Behandlung beginnen, oft mit dem Stigma der fehlenden Behandlungsmotivation behaftet werden. Die Self-determination Theory nach Deci und Ryan (1985) besagt, dass Personen motivierter sind, wenn sie selbst entscheiden und handeln können als wenn sie unter Kontrolle und Zwang stehen. Nach Höld (2007) kann bei strafgefangenen Drogensüchtigen die Hoffnung auf Sanktionserleichterung ein Motiv für die Behandlungsteilnahme darstellen. Fuchtmann (1994) betont, dass oft die Tatsache, dass die Klienten „von selbst“ kommen, als Beweis für ihre Motivation angenommen wird. Aufgrund dieser Annahmen, die der aktuellen Literatur entnommen wurden, könnte man darauf schließen, dass „Therapie statt Strafe-Klienten“ weniger motiviert sind eine Therapie zu absolvieren, als drogenabhängige Klienten, die aus anderen Gründen eine Behandlung beginnen. Die vorliegende Studie zeigt, dass es keinen Unterschied in der Annäherungsmotivation und Vermeidungsmotivation zwischen den zwei untersuchten Gruppen gibt. Wie die Studie von Dahle (1995) zeigt, handelt es sich bei der mangelnden Behandlungsmotivation nicht nur um ein Problem straffälliger Personen, sondern um ein allgemeines Problem sozial randständiger Bevölkerungsgruppen. Nicht unterschätzt werden darf in Bezug auf dieses Ergebnis, dass bei der Gruppe, die sich aus anderen Motiven in die Therapie begibt, ebenso externer Druck besteht, wie bei den Klienten mit richterlicher Therapieauflage. Nach Fuchtmann (1994) besteht, auch wenn ein Klient augenscheinlich freiwillig eine Therapie macht, im Hintergrund in der Regel ein sozialer Druck, der von Angehörigen oder Arbeitgebern ausgeübt wird. Stevens et. al (2006) fanden in ihrer Studie heraus, dass zwei Drittel der Klienten, die keine richterliche Weisung hatten, externen Zwang verspürten. Auch Wild et. al (1998) führen an, dass bei Patienten außerhalb geschlossener Institutionen kaum vollkommene Freiwilligkeit besteht, da hier nicht das Justizsystem, sondern möglicherweise der Partner, der Arbeitgeber oder andere Personen oder Behörden eine Behandlung verlangen. Dies könnte einen Grund dafür darstellen, dass kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen gefunden werden konnte, da beide Gruppen sozialem Druck ausgesetzt sind. Die Versuchsgruppe dem Druck der Justiz und die Kontrollgruppe dem Druck der Familie oder von Freunden. Für die Praxis bedeutet dies, dass Therapeuten, die suchtabhängige Klienten – sowohl mit als auch ohne richterliche Weisung - in ambulante Behandlung aufnehmen, bezüglich deren Annäherungs- bzw. Vermeidungsmotivation keine wesentlichen Unterschiede beachten müssen. Vielmehr sollte es allgemein zu den Therapiezielen gehören, wie Grawe (2004) angibt, die Vermeidungsziele zu vermindern, da das Annäherungsverhalten durch Vermeidungsverhalten gehemmt wird.

Bei der Auswertung der **Veränderungsstadienskala** zeigte sich, dass sich die Kontrollgruppe signifikant im Unterschied zur Versuchsgruppe in der Phase der Absichtsbildung befindet. Die meisten Personen der Versuchsgruppe befinden sich zwar im Handlungsstadium, doch der Unterschied zur Kontrollgruppe ist nicht signifikant. Man kann somit nicht sagen, dass sich die Teilnehmer der Versuchsgruppe im Unterschied zu jenen der Kontrollgruppe signifikant im Handlungsstadium befinden. Zu beachten ist, dass es sowohl in der Versuchsgruppe als auch in der Kontrollgruppe Personen gibt, die angeben, sich gleichzeitig in zwei Stadien zu befinden. Zu hinterfragen gilt es hier, was das Transtheoretische Modell der Veränderung abbildet. Prochaska, DiClemente und Norcross (1992) beschreiben, dass das Transtheoretische Modell anfänglich als lineares Modell gesehen wurde. Da aber Rückfälle eher die Regel als die Ausnahme darstellen, war es notwendig das Modell zu einem Spiralenmodell weiterzuentwickeln, welches abbildet, dass Klienten die Phasen mehrmals durchlaufen, bis sie Abstinenz erreichen. Während eines Rückfalls fallen Klienten in ein früheres Stadium des Veränderungsmodells zurück. Bei der vorliegenden Untersuchung weist in der Versuchsgruppe eine Person in der Phase der Absichtsbildung sowie im Handlungsstadium denselben Mittelwert auf. Dies könnte bedeuten, dass die Person vom Handlungsstadium durch einen Rückfall in die Phase der Absichtsbildung zurückgefallen ist. Weiters geben zwei Personen an, sich gleichzeitig in der Phase der Absichtsbildung als auch in der Aufrechterhaltungsphase zu befinden. Dies deutet darauf hin, dass sich diese Personen bereits in der Aufrechterhaltungsphase befunden haben, durch einen Rückfall aber in die Phase der Absichtsbildung zurückgefallen sind. Ebenso weisen drei Personen der Kontrollgruppe den gleichen Mittelwert in der Phase der Absichtsbildung und im Handlungsstadium auf, was so verstanden werden könnte, dass diese drei Personen vom Handlungsstadium in die Phase der Absichtsbildung zurückgefallen sind. Eine Person ist laut den Daten der vorliegenden Studie demnach von der Aufrechterhaltungsphase in die Phase der Absichtsbildung gefallen und eine von der Aufrechterhaltungsphase in das Handlungsstadium. Prochaska et al. (1992) beschreiben, dass viele Klienten die Phase der Absichtslosigkeit oder Phase der Absichtsbildung zurückfallen, aber nicht ewig in dieser Spirale bleiben, sondern von den Rückfällen lernen können. Trotzdem können die Klienten mehrere Rückfälle erleiden, bis sie die andauernde Abstinenz erreichen.

Das transtheoretische Modell postuliert, dass Klienten erst dann eine Behandlung beginnen, wenn sie sich in der Handlungsphase, also einem höheren Stadium der Motivation befinden (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Die Kontrollgruppe (Personen ohne richterliche Weisung) befindet sich jedoch zum Therapiebeginn im Stadium der Absichtsbildung (Contemplation), also in einem im Modell niedriger angesiedelten Stadium. In diesem Stadium werden sich Menschen ihrer Problematik bewusst und denken ernsthaft über Veränderungen im nächsten halben Jahr nach. Allerdings sind sie noch keine Verpflichtung (sich selbst oder anderen gegenüber) eingegangen, auch wirklich ihr Verhalten zu ändern (Maurischat, 2001). Diese Gruppe könnte sich deshalb in einem früheren Veränderungsstadium befinden, weil sie sich nicht aufgrund von intrinsischer Motivation in Behandlung begibt – wie man annehmen könnte – sondern aufgrund von sozialem Druck. Möglicherweise haben sich diese Klienten noch nicht selbst dafür entschlossen. Dass sich Personen ohne richterliche Weisung in eine Suchtbehandlung begeben, könnte so verstanden werden, dass diese bereits Krankheitseinsicht erreicht haben. Nichtsdestotrotz kann es sein, dass sie zu Beginn der Behandlung den Drogenkonsum noch fortsetzen, da ihnen die nötigen Handlungsstrategien um eine Abstinenz zu erreichen fehlen, bzw. die Entscheidung zur Drogenabstinenz noch nicht erfolgt ist. Der Behandelnde könnte mit dem Klienten eine Kosten-Nutzen-Analyse des Drogenkonsums nach Beck (1997) durchführen, um dem Klienten bei dieser Entscheidung zu helfen.

Gregoire und Burke (2004) haben sich in ihrer Studie mit 295 Drogenabhängigen, die sich in einer ambulanten Behandlung befanden, mit den Stadien der Veränderungsbereitschaft im Quasi-Zwangskontext beschäftigt. Sie konnten einen positiven Zusammenhang zwischen justiziellem Zwang und Behandlungsmotivation feststellen und kamen zu dem Schluss, dass justizieller Zwang die Veränderungsbereitschaft erhöhen würde. In der gegenständlichen Untersuchung ist der bei der Versuchsgruppe der Mittelwert des Handlungsstadium im Vergleich zu den drei anderen Stadien am höchsten. Jedoch ist dieser Wert im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht signifikant, und man kann daher nicht sagen, dass sich die Versuchsgruppe im Handlungsstadium, in einem im Transtheoretischen Modell höheren Stadium, befindet. Möglicherweise kommt es durch die Augenscheinvalidität der Veränderungsstadienskala dazu, dass 17 Personen angeben, sich in der Handlungsphase zu befinden. Die Personen der Versuchsgruppe, die eine richterliche Weisung zu einer Behandlung haben, müssen mit einer Inhaftierung rechnen, wenn sie sich nicht an die Auflagen der jeweiligen Therapiestelle halten. Somit könnte man schließen, dass sich diese Gruppe motivierter darstellt, als sie tatsächlich ist, um eine Inhaftierung zu vermeiden.

Andererseits kann die Motivation zur Veränderung wie Höld (2007) schon erwähnt, nicht nur durch eigenen Antrieb, sondern auch durch die Auseinandersetzung mit gesetzlichen Regelungen und Normen erfolgen. Klienten müssen der gesundheitsbezogenen Maßnahme zustimmen, wodurch sie bereits vor der Therapie die Entscheidung zu treffen haben, ob sie ihr Handeln verändern möchten oder nicht. Klienten haben im Maßregelvollzug bereits die Möglichkeit, Vorbetreuung durch Suchtbehandlungsstellen, die in Haft durchgeführt werden, in Anspruch zu nehmen. Durch die Vorbetreuung auf eine suchtspezifische Behandlung, können sich Klienten bereits mit dem Thema der Behandlungsmotivation auseinandersetzen.

Relevant ist nicht, ob die Klienten eine intrinsische Motivation zum Behandlungsbeginn mitbringen, sondern ob sie dort „abgeholt“ werden, wo sie sich befinden. Die vorliegenden Ergebnisse können in der Praxis für die Behandlungsplanung unterstützend sein. In der folgenden Längsschnittstudie (6 Monate Follow-up) wird man sehen können, in wie fern sich die Gruppen in den Veränderungsstadien über die Zeit bewegen.

Betreffend die **emotionale Befindlichkeit**, konnte für sechs Skalen ein signifikanter Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe festgestellt werden. Nur bei einer Skala konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Signifikant war der Unterschied in den Skalen:

„Ängstliches versus angstfreies Befinden“, „Depressive versus frohe Stimmung“, „Erschöpftes versus dynamisches Befinden“, „Aggressive versus nachgiebige Stimmung“, „Gehemmtes versus spontanes Befinden“ und „Gestörtes Allgemeinbefinden versus Wohlbefinden“. Die Ausprägungen im Emotionalitätsinventar als Befindlichkeitsmaß (Emi-B) waren in der Kontrollgruppe höher, als in der Versuchsgruppe. Dies zeigt, dass die Kontrollgruppe eine negativere emotionale Befindlichkeit als die Versuchsgruppe aufweist. Dieses Ergebnis deckt sich mit einem ähnlichen Ergebnis der Untersuchung von Gegenhuber et al. (2009), in der festgestellt werden konnte, dass es auffallende Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich psychologischer und medizinischer Probleme gibt. Diese sind bei Klienten ohne richterliche Weisung deutlich ausgeprägter. Offensichtlich spielt der durch medizinische, psychologische und andere Folgeprobleme des Substanzkonsums hervorgerufene Leidensdruck eine wesentliche Rolle bei der Entscheidung eine Behandlung zu beginnen. Der Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der Skala „Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl“ war nicht signifikant. Ein Grund dafür könnte die charakteristische Bindungsproblematik der Klientel mit Suchtproblematik sein. Meist hat dieses auch ein schlechtes soziales Umfeld.

8.2. Kritik und Forschungsausblick

Die relevanteste Kritik dieser Studie betrifft die Stichprobengröße. Mit der relativ kleinen Stichprobengröße von 61 Personen, können kleinere Effekte nicht festgestellt werden. Mit einer größeren Stichprobe könnten vielleicht Unterschiede in den einzelnen Skalen des Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS) festgestellt werden, die mit der kleinen Stichprobe unentdeckt blieben.

Interessant zu erforschen wäre in Zukunft die Veränderung bezüglich der untersuchten Konstrukte. Gibt es im Laufe oder zum Abschluss einer Suchtbehandlung einen wesentlichen Unterschied in den motivationalen Schemata? Bewegen sich bzw. wie bewegen sich Versuchsgruppe und Kontrollgruppe im Verlauf einer Behandlung in den Veränderungsstadien und in welchem Stadium befinden sich die Gruppen nach einer erfolgreichen Behandlung? In welchem Stadium befinden sich Klienten, die eine Behandlung abbrechen? Verändert sich bzw. wie verändert sich die emotionale Befindlichkeit der Klienten im Laufe einer Therapie?

Eine Folgestudie, mit einem sechs Monate Follow-up zu der vorliegenden Studie, wird von meiner Kollegin, Marianne Zwettler, ebenfalls im Rahmen ihrer Diplomarbeit durchgeführt. Weiters wäre es interessant, dieselben Fragestellungen in einem stationären Behandlungsrahmen zu erforschen. Diesbezüglich wird es ebenfalls eine Studie von Kollegen der Universität Wien geben.

Zusammenfassung

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine quasiexperimentelle Querschnittstudie zur Untersuchung von Unterschieden zwischen drogenabhängigen Klienten mit gerichtlicher Therapieauflage (VG), und drogenabhängigen Klienten, die aus anderen Motiven eine ambulante Psychotherapie absolvieren (KG). Näher betrachtet wurden im Rahmen dieser Untersuchung die Therapiemotivation – im engeren Sinn die motivationalen Schemata und die Veränderungsstadien – sowie die emotionale Befindlichkeit der Klienten. Die Untersuchung wurde in einer nach dem Suchtmittelgesetz anerkannten Suchtbehandlungseinrichtung, die ambulante Psychotherapie anbietet, dem Verein P.A.S.S., im achten Wiener Gemeindebezirk durchgeführt. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Juli 2010 bis März 2011.

Die psychologischen Verfahren die zur Überprüfung der Unterschiedshypothesen eingesetzt wurden, setzten sich zusammen aus einem soziodemographischen Fragebogen, der vom Verein P.A.S.S. standardmäßig vorgegeben wird, dem FAMOS (Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata von Grosse Holtforth, & Grawe, 2002) und die Veränderungsstadienskala von Heidenreich, Fecht und Hoyer (2001). Zur Erhebung des emotionalen Befindens wurde der Emi-B (Emotionalitätsinventar EMI als Befindlichkeitsmaß von Ulrich & Ulrich, 1981) eingesetzt. Die Erhebung fand einmalig, zum Behandlungsbeginn der Klienten statt.

Ziel der Untersuchung war es, die Annäherungs- und Vermeidungsmotivation der Versuchsgruppe, das Veränderungsstadium und das emotionale Befinden im Vergleich zur Kontrollgruppe zu untersuchen. Unterschiede in diesen Bereichen aufzuzeigen hat eine besondere klinische Relevanz. Diese Ergebnisse können bei der Therapieplanung miteinbezogen werden, bei der Motivationsarbeit beachtet werden, und so Behandlungsabbrüche eventuell unterbunden werden, bzw. Behandlungsverläufe optimiert werden.

In der vorliegenden Untersuchung konnten keine signifikanten Unterschiede bezüglich der motivationalen Schemata – in der Annäherungs- und Vermeidungsmotivation – zwischen der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe festgestellt werden. Die Kontrollgruppe befindet sich im Stadium der Absichtsbildung, in einem im Veränderungsprozess früher angesiedelten Stadium. Die Versuchsgruppe weist den höchsten Mittelwert im Handlungsstadium auf, der Unterschied zur Kontrollgruppe ist jedoch nicht signifikant. Für die Praxis bedeutet dies, dass die Behandelnden prüfen müssen, in welchem Stadium sich die Klienten befinden, um sie genau dort abholen zu können.

Was die emotionale Befindlichkeit der beiden Gruppen betrifft, konnten signifikante Unterschiede in den Skalen „Ängstliches versus angstfreies Befinden“, „Depressive versus frohe Stimmung“, „Erschöpftes versus dynamisches Befinden“, „Aggressive versus nachgiebige Stimmung“, „Gehemmtes versus spontanes Befinden“ und „Gestörtes Allgemeinbefinden versus Wohlbefinden“ zwischen den beiden Gruppen gefunden werden, wobei die Kontrollgruppe emotional stärker belastet ist als die Versuchsgruppe. Nur in der Skala „Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl“ konnte zwischen den Gruppen kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

Zusammenfassend kann man sagen, dass sich die beiden Gruppen nicht signifikant unterscheiden, betreffend der motivationalen Schemata, obschon sich herausgestellt hat, dass sich die Kontrollgruppe in der Phase der Absichtsbildung befindet. Die Mehrheit der Versuchsgruppe befindet sich im Handlungsstadium, jedoch ist der Unterschied zur Kontrollgruppe nicht signifikant. Bis auf das Verlassenheits- versus Geborgenheitsgefühl“ konnten signifikante Unterschiede in der emotionalen Befindlichkeit festgestellt werden, wobei die Kontrollgruppe emotional schwerer belastet ist als die Versuchsgruppe.

Klinisch bedeutend sind die Ergebnisse dahingehend, dass man bei suchtabhängigen Klienten mit richterlicher Weisung nicht von einer geringeren Therapiemotivation ausgehen darf als bei suchtabhängigen Klienten die keine richterliche Weisung haben.

Abstract (Deutsch)

Motivationale Schemata, Veränderungsmotivation und emotionales Befinden wurde bei drogenabhängigen Klienten, mit richterlicher Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme, am Beginn einer ambulanten Psychotherapie untersucht (32 Personen). Die Kontrollgruppe bildete eine Gruppe von drogenabhängigen Personen, die aufgrund anderer Motive eine ambulante Psychotherapie begonnen haben (29 Personen). Befragt wurden die Personen zum Behandlungsbeginn mittels FAMOS - Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (Grosse Holtforth, & Grawe, 2002), VSS - Veränderungsstadienskala von Heidenreich, Fecht und Hoyer (2001) und EMI-B (Emotionalitätsinventar EMI als Befindlichkeitsmaß von Ulrich & Ulrich, 1981). Bezüglich der motivationalen Schemata konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe festgestellt werden. Die Kontrollgruppe befindet sich im Stadium der Absichtsbildung, in einem im Veränderungsprozess früher angesiedelten Stadium. Die Mehrheit der Versuchsgruppe befindet sich im Handlungsstadium, jedoch ist der Unterschied zur Kontrollgruppe nicht signifikant. Signifikante Unterschiede konnten in sechs Skalen des EMI-B festgestellt werden, wobei die Kontrollgruppe emotional stärker belastet ist als die Versuchsgruppe. Ein 6-Monate Follow-up zur Untersuchung der Veränderung dieser Konstrukte über die Zeit, ist in Arbeit.

Abstract (Englisch)

The present study examines therapy motivation (Motivational Schemata, Motivation of Change and Emotional Health) measured by the FAMOS, VSS and EMI-B at the beginning of an ambulant psychotherapy. Data from 32 drug dependents, who were assigned to a quasi compulsory treatment programme was collected. The control group consisted of 29 drug dependents in a "voluntary" treatment programme. No differences could be found concerning motivational schematas, although the groups show to be in different stages of change. Significant differences could be found in the EMI-B. The experimental group isn't that emotionally distressed as the control group. A six month follow up study will be conducted.

Literatur

Beck, A.T., Lindenmeyer, J. (Hrsg.) (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.

Bengel, J. & Härter, M. (1999). Konstruktion und Validierung einer deutschen Version des Pain Stages of Questionnaire (PSOCQ). Unveröffentlichter DFG-Antrag, Psychologisches Institut, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. DFG-Förderungsnummer: BE 1566/3-1.

Baumann, U. & Perrez, M. (Hrsg.). (2005). *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie*. Bern: Huber.

Beubler E. (2007). Pharmakologie psychotroper Substanzen. In E. Beubler, H. Haltmayer, & A. Springer (Hrsg.), *Opiatabhängigkeit: Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*. (S. 51-65). Wien: Springer.

Brehm, J. W. (1972). *Responses to loss of freedom: A theory of psychological reactance*. New York: General Learning Press, Morristown.

Busch M., Haas S., Kellner K. & Türscherl E. (2008). Basismanual, Version 07, Dezember 2008 für DOKLI-Version 1.5. Gesundheit Österreich GmbH. Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend.

Coats, E., Janoff-Bulman, R. & Alpert, N. (1996). Approach versus avoidance goals: Differences in self-evaluation and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 1057-1067.

Cofer, C. N. (1975). *Motivation und Emotion*. Weinheim: Juventa.

Comer, R. J. (2008). *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum.

Dahle, K.-P. (1995). *Therapiemotivation hinter Gittern. Zielgruppenorientierte Entwicklung und Erprobung eines Motivationskonstrukts für die therapeutische Arbeit im Strafvollzug*. Regensburg: S. Roderer.

Dahle, K.-P. (1998). Therapiemotivation und forensische Psychotherapie. In E. Wagner & W. Werdenich (Hrsg.), *Forensische Psychotherapie. Therapeutisches Arbeiten im Zwangskontext von Justiz, Medizin und sozialer Kontrolle* (S. 97-112). Wien: Facultas.

Davison, G. C., Neale, J. M. & Hautzinger, M. (2007). *Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz.

Deci, E. L. & Ryan, R.M. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour. New York: Plenum Publishing Co.

Dilling, H. (Hrsg.). (2010). World Health Organization: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) ; klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

Dollard, J. & Miller, N. (1950). *Personality and psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking and culture*. New York: McGraw-Hill.

Eisenbach-Stangl I. & Burian W. (1980). Therapie der Opiatabhängigkeit. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, (3) 3, 5-26.

Feselmayer S., Poltrum M. & Cervinka R. (2008). Ressourcenorientiertes Arbeiten mit Suchtkranken am Beispiel der Nautr und der Naturverbundenheit. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, (31) 1, 49-56.

Foregger, E., Litzka, G. & Matzka, M. (1998). *Suchtmittelgesetz: Manz'scher Kurzkommentar*. Wien: Manz.

Freud, S. (1905). *Über Psychotherapie*. Frankfurt a.M.: Fischer.

Fuchtmann, E. (1994). *Ambulante Suchttherapie*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Gegenhuber, B. (2008). *Veränderungsmotivtion im Quasi-Zwangskontext*. Unveröff. Diss., Universität, Wien.

Gegenhuber, B., Werdenich, W. & Kryspin-Exner, I. (2007). Justizieller Zwang, Motivation und Therapieerfolg - Eine Evaluationsstudie. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 90 (4), 304-316.

Gegenhuber, B., Werdenich, W. & Kryspin-Exner, I. (2009). Freiwilligkeit oder Zwang. Über die Patientenstruktur und Motivationslage bei Therapie statt Strafe für drogenabhängige Straftäter. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1, 1–9.

Gratz, W. & Werdenich, W. (1980). Von den Schwierigkeiten, wenn unter Gefängnisbedingungen Süchtige entwöhnt werden sollen. In: R. Mader, H. Strotzka (Hrsg.), *Drogenpolitik zwischen Therapie und Strafe*. (S. 51-65). Wien: Jugend und Volk.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Gregoire, T. K. & Burke, A. C. (2004). The relationship of legal coercion to readiness to change among adults with alcohol and other drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 337–343.

Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2002). *Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS) – Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

Gütlich, V. & Heidenreich, T. & Hoyer, J. (1998). Stadien der Veränderung und Therapiemotivation unter justiziellem Zwang. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 30, 421-432.

Haller, R. & Hinterhuber, H. (1997). Begriffsbestimmungen. In Fleisch E., Haller R., & Heckmann W. (Hrsg), *Suchtkrankenhilfe: Lehrbuch zur Vorbeugung, Beratung und Therapie*. Weinheim und Basel: Beltz.

Heckhausen, H. (1975). Fear of failure as a self-reinforcing motive system. In I. G. Sarason & C. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety* (pp. 117-128). Washington, D. C.: Hemisphere.

Heckhausen, H. (2003). *Motivation und Handeln*. Berlin; Heidelberg; New York: Springer.

Heidenreich, T., Fecht, J. & Hoyer, J.: Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). (2001). In F. Rist, H. Küfner, A. Glöckner-Rist, & P. Schmidt (Hrsg), *Elektronisches Handbuch für Erhebungsinstrumente im Suchtbereich. Version 1.00*. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.

Höld, E. (2007). Durch Zwang zur Gesundheit: Durch das Gesetz verordnete Frühintervention, eine Form der indizierten Prävention? *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 30 (1), 61-66.

Hoyer, J. (2003). Stadien der Veränderung: Modell, Anwendungsbewährung und Perspektiven im Suchtbereich. *Suchttherapie*, 4, 140-145.

Kähler, W. (2004). *Statistische Datenanalyse. Verfahren verstehen und mit SPSS gekonnt einsetzen*. Wiesbaden: Vieweg.

Kuntz, H. (2000). *Der rote Faden der Sucht. Neue Ansätze in Theorie und Praxis*. Weinheim und Basel: Beltz.

Lesch, O. M. (2009). *Alkohol und Tabak – medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit*. Wien: Springer.

Maurischat, C. (2001). Erfassung der "Stages of Change" im Transtheoretischen Modell Prochaska's - eine Bestandsaufnahme. Forschungsbericht Nr. 154, Psychologisches Institut, ALU-Freiburg, Freiburg im Breisgau (<http://www.psychologie.uni-freiburg.de/pi-zentral/fobe-files/154.pdf>).

McConaughy, E. A., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 26, 494-503.

Meichenbaum, D. & Turk, D. C. (1994). *Therapiemotivation des Patienten*. Bern: Huber.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2004). *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Nittmann, G. (1980). Streetwork mit Drogenabhängigen. In R. Mader, & H. Strotzka (Hrsg.), *Drogenpolitik zwischen Therapie und Strafe*. Wien: Jugend und Volk.

Nübling, R. (1992). *Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept*. Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften.

Pekrun, R. (1988). *Emotion, Motivation und Persönlichkeit: Fortschritte der psychologischen Forschung*. München: Psychologie-Verlag-Union.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 267-288.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1984). Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. *Advances in Cancer Control - 1983*. New York, NY, Alan R. Liss, Inc.: 131-140.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1992). *Stages of Change in the Modification of Problem Behaviors*. Newbury Park, CA: Sage.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J. (1992). "In search of how people change: Applications to addictive behaviors." *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

Quirk, S. T. (2001). Emotion concepts in models of substance abuse. *Drug and Alcohol Review*, 20, 95-104.

Reinecker, H. (Hrsg.). (2003). *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie. Modelle psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.

Saß H., Wittchen H. & Zaudig, M. (2001). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Schaub, M., Stevens, A., Berto, D., Hunt, N., Kersch, V., McSweeney, T. et al. (2010). Comparing Outcomes of Voluntary and 'Quasi-Compulsory' Treatment of Substance Dependence in Europe. *European Addiction Research*. 16, 53-60.

Schröder, H. & Petry, J. (2003). Störung des Selbstregulationssystems und Emotionstraining bei stofflichen und stoffungebundenen Süchten. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 26 (1), 19-22.

Springer, A. (2007). Pharmakologie psychotroper Substanzen. In E. Beubler, H. Haltmayer, & A. Springer (Hrsg.), *Opiatabhängigkeit: Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*. (S. 3-15). Wien: Springer Verlag.

Stetter, F. (2000). Psychotherapie von Suchterkrankungen. *Psychotherapeut*, 45, 63-71.

Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Hunt, N., Kerschl, V., McSweeney, T. et al. (2006). The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: results from a European study of quasi-compulsory treatment. *European Addiction Research*, 12, 197-209.

Uchtenhagen, A. & Ziegelsberger, W. (2000). *Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*. Urban & Fischer. München: Jena.

Ulrich, R. & Ulrich, R. (1981). *Emotionalitätsinventar EMI als Befindlichkeitsmaß*. München: Verlag J. Pfeiffer.

Wild, T.C, Newton-Talor, B. & Alleto, R. (1998). Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: Structural and rpsychological determinants. *Addict Behavior*, 23, 81-95.

Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (Hrsg.). (2006). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Heidelberg: Springer Medizin-Verlag.

Anhang

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Leitdroge (Gesamtstichprobe).....	49
Abbildung 2: Leitdroge (Versuchsgruppe).....	50
Abbildung 3: Leitdroge (Kontrollgruppe).....	51
Abbildung 4: Hauptanstoß zur Kontaktaufnahme (Kontrollgruppe).....	52
Abbildung 5: Höchster Schulabschluss (Versuchsgruppe)	53
Abbildung 6: Höchster Schulabschluss (Kontrollgruppe).....	53

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Reliabilitätskoeffizienten nach Cronbach´s Alpha der VSS-Skalen	55
Tabelle 2: Kennwerte (Mittelwert, Standardabweichung) Versuchsgruppe	56
Tabelle 3: Kennwerte (Mittelwert, Standardabweichung) Kontrollgruppe.....	56
Tabelle 4: Tests der Zwischensubjekteffekte	59
Tabelle 4: Mittelwerte und Konfidenzintervalle der VG und KG der 7 Skalen des Emi-B.....	60

Code:

Datum:

Veränderungsstadienskala

(VSS: Heidenreich et al., 2001)

Die nächsten Fragen sollen uns helfen, das Behandlungsangebot in der Klinik oder Praxis durch eine psychologische Beratung zu verbessern. Jede Aussage beschreibt, wie eine Person sich fühlen könnte, wenn Sie Probleme in Ihrem Leben angehen oder eine psychologische Beratung beginnen möchte. Vielleicht werden Sie manchmal den Eindruck haben, dass eine Aussage nicht richtig passt. Geben Sie aber trotzdem immer an, mit welcher Sie am ehesten übereinstimmen bzw. wie stark Sie diese ablehnen. Bitte kreuzen Sie jeweils das an, was Sie genau jetzt empfinden, nicht was Sie zu einem früheren Zeitpunkt empfunden haben oder wie Sie sich gerne fühlen würden. Beziehen Sie sich für alle Aussagen auf das Problem, weshalb Sie die Klinik aufgesucht haben. Geben Sie bitte auch das Problem mit eigenen Worten an: Problem:

Bitte kreuzen Sie jeweils die Zahl an, die am besten angibt, wie stark Sie der Aussage zustimmen oder wie stark Sie sie ablehnen. Für jede der Fragen des Fragebogens gibt es fünf mögliche Antworten:

1 - überhaupt nicht zutreffend

2 - ein wenig zutreffend

3 - ziemlich zutreffend

4 - stark zutreffend

5 - sehr stark zutreffend

	überhaupt nicht zutreffend	ein wenig zutreffend	ziemlich zutreffend	stark zutreffend	sehr stark zutreffend
1. Ich habe persönlich keine Probleme die verändert werden müssten.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2. Ich denke, ich bin jetzt so weit, mich in einigen Bereichen zu verbessern.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3. Ich bin dabei, etwas gegen die Probleme zu tun, die mich belasten.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Es könnte sich lohnen, an meinem Problem zu arbeiten.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Ich bin kein Problemfall; deshalb macht es keinen Sinn für mich, dass ich eine Psychologische Beratung erhalte.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Ich mache mir Sorgen, ich könnte wieder in ein Problem geraten, das ich schon verändert habe, deshalb such ich Hilfe durch eine psychologische Beratung.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. Endlich tue ich etwas gegen mein Problem.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. Ich habe schon daran gedacht, etwas an mir zu verändern.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. Ich habe mit Erfolg an meinem Problem gearbeitet, aber ich weiß nicht, ob ich alleine weiterhin durchhalten kann.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht zutreffend	ein wenig zutreffend	ziemlich zutreffend	stark zutreffend	sehr stark zutreffend
10. Manchmal ist mein Problem schwierig, aber ich arbeite daran.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11. Eine psychologische Beratung ist eine ziemliche Zeitverschwendung für mich, weil das Problem nichts mit mir zu tun hat.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12. Ich hoffe, mir wird geholfen, mich selbst besser zu verstehen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13. Ich vermute ich habe Schwächen, aber es gibt nichts, was ich wirklich verändern müsste.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14. Ich arbeite wirklich hart daran mich zu verändern.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15. Ich habe ein Problem, und ich denke wirklich, dass ich daran arbeiten sollte.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16. Das was ich schon geändert habe, ist nicht so leicht beizubehalten, wie ich gehofft hatte, und ich suche eine psychologische Beratung, um einen Rückfall zu verhindern.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17. Auch wenn es mir nicht immer gelingt mich zu verändern, so arbeite ich doch zumindest an meinen Problemen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht zutreffend	ein wenig zutreffend	ziemlich zutreffend	stark zutreffend	sehr stark zutreffend
18. Ich dachte, wenn ich mein Problem einmal gelöst habe, wäre ich es los, aber manchmal kämpfe ich immer noch damit.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19. Ich wünschte, ich hätte mehr Ideen, wie ich mein Problem lösen kann.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
20. Ich habe schon angefangen, an meinem Problem zu arbeiten, aber ich hätte gerne Hilfe.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
21. Vielleicht kann mir durch eine psychologische Beratung geholfen werden.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
22. Vielleicht brauche ich jetzt einen Schubs, um die Veränderungen aufrechtzuerhalten, die ich schon gemacht habe.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
23. Es könnte sein, dass ich zu dem Problem etwas beigetragen habe, aber eigentlich glaube ich das nicht.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
24. Ich hoffe, dass ein psychologischer Berater einen guten Rat für mich hat.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
25. Jeder kann darüber reden, dass er sich verändern will; ich tue was dafür.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht zutreffend	ein wenig zutreffend	ziemlich zutreffend	stark zutreffend	sehr stark zutreffend
26. Dieses ganze Gerede über Psychologie ist langweilig. Die Leute sollten ihre Probleme einfach vergessen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
27. Ich suche eine psychologische Beratung, um einen Rückfall vorzubeugen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
28. Es ist frustrierend, aber ich fürchte, ein Problem, von dem ich dachte, dass ich es gelöst habe, könnte wieder auftauchen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
29. Jeder Mensch hat Sorgen, deshalb sollte ich meine Zeit nicht damit verbringen, darüber nachzudenken.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
30. Ich arbeite aktiv an meinem Problem.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
31. Ich würde lieber lernen, mit meinen Fehlern umzugehen, als den Versuch zu machen, sie zu verändern.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
32. Nach allem was ich unternommen habe, um mein Problem zu verändern, verfolgt es mich doch immer wieder.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Erklärung zur konkreten Abfassung der Diplomarbeit

Ich, Sabine Leeb, versichere, dass ich die Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe, und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, im November 2011

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Sabine Leeb
Gentzgasse 22-24/2/3
1180 Wien
@mail: sabine.leebe@gmx.net
röm.-kath.
ledig



Ausbildung:

1990 – 1994 Volksschule Zell/Ybbs
1994 – 1998 Hauptschule Zell/Ybbs
1998 – 2003 HBLA Weyer
seit 2004 Studentin an der Universität Wien
(Diplomstudium Psychologie)

Praktika und Nebenjobs:

seit 2011 in der Vorbetreuung beim Verein P.A.S.S. –
Hilfe bei Suchtproblemen in 1080 Wien tätig

2008 - 2011 Sekretariat beim Verein P.A.S.S. – Hilfe
bei Suchtproblemen

2008 – 2011 Mitarbeit bei der Erstellung gerichtlicher
Sachverständigengutachten (bei Frau Mag. Dorothea
Stella-Kaiser, Klinische- und Gesundheitspsychologin)

2008 zwölf Wochen Psychologiepraktikum beim
Verein P.A.S.S. – Hilfe bei Suchtproblemen

2008 Verkaufsmitarbeiterin bei der Landesausstellung
in Waidhofen/Ybbs

2006 Praktikum bei der Fa. Filzwieser in Gaflenz
(Spritzgussproduktion)

2005 Praktikum bei der Fa. IFE in Waidhofen /Ybbs
(Personalabteilung)

2005 Verkaufsmitarbeiterin bei H&M in Wien

2004 Büroangestellte bei der Fa. Nektar Naturkosmetik
in Amstetten

2001 Praktikum im Golf Hotel Reinhart in Prien am
Chiemsee (Rezeption, Service, Etagen)

2000 Praktikum bei der Fa. IFE in Waidhofen/Ybbs
(Vertrieb)

Besondere Kenntnisse:

Microsoft Office, SPSS, Führerschein B, Englisch,
Französisch

Wien, im November 2011